Einfluss der Pneumonie

auf

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

44 Pneumoniefälle der letzten 25 Jahre (1883 bis 1908 inkl.)
in der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu München.

—o—

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

ZU

MÜNCHEN.

VORGELEGT VON

ALBERT GEORG SCHMITT

AUS ETTLINGEN, BADEN.

STUTTGART.

Druck der Stuttgarter Vereins-Buchdruckerei.

1910.

Einfluss der Pneumonie

auf

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

44 Pneumoniefälle der letzten 25 Jahre (1883 bis 1908 inkl.)
in der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu München.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

LUDWIG-MAXIMILIANS-UNIVERSITÄT

ZU

MÜNCHEN.

ACAD. LUDWIG-MAX. BIBL.

VORGELEGT VON

ALBERT GEORG SCHMITT

AUS ETTLINGEN, BADEN.

STUTTGART.
Druck der Stuttgarter Vereins-Buchdruckerei.
1910.

Gedruckt mit der Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Dekan:	Referent:
Geheimrat Prof. **Dr. von Bauer.**	Prof. **Dr. Döderlein.**

Einfluss der Pneumonie auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.

(44 Pneumoniefälle der letzten 25 Jahre in der Kgl. Universitätsfrauenklinik.)

Unter den akuten Infektionskrankheiten, die als zufällige Erkrankungen in der Schwangerschaft, der Geburt und dem Wochenbett eine ernstere Rolle spielen, nimmt wohl die Pneumonie, wenn man von der vielleicht noch gefährlicheren Cholera asiatica und Variola vera absieht, die erste Stelle ein.

Es sollen hier die genuine und Bronchopneumonie, wie auch die hypostatische bezw. Aspirationspneumonie gebührende Berücksichtigung finden.

Treffen wir doch in der Fortpflanzungszeit Vorgänge an, denen wir sonst nur unter pathologischen Verhältnissen begegnen, wie Hypertrophie und Hyperämie der Genitalorgane, Veränderung des Blutes und der Gefässe, erhöhte Anforderungen an die Leistungsfähigkeit des Herzens und der Lungen, Stoffwechselvorgänge, Arrodierung der Gefässe durch Lösung der Plazenta bei der Geburt, die oft genug zu dubiösen Blutungen Veranlassung geben kann; dann die Verletzungen der Cervix, Portio, Scheide und Vulva und schliesslich die Rückbildungsvorgänge des Uterus im Wochenbett. Man kann so leicht begreifen, dass die geringsten Änderungen dieser pathologisch-physiologischen Vorgänge durch zufällige Erkrankungen der Mutter genügen, um den unter sonst normalen Bedingungen gut ablaufenden Generationsvorgang zu stören, ein längeres Krankenlager für die Mutter und ein schwächliches, oft zu früh geborenes Kind zu zeitigen oder gar ein letales Ende für Mutter und Kind herbeizuführen. Immerhin ist die Prognose für Mutter und Kind dadurch keine so ungünstige, dass der mütterliche Organismus den zufälligen Erkrankungen zu trotzen

vermag und den von aussen kommenden Feind durch energischere Entfaltung innerer Energie unschädlich macht. Allein immer ist dies dem mitunter zu sehr geschwächten Organismus nicht mehr möglich, den Kampf siegreich aufzunehmen, und es kommt dann zu den traurigen Folgen, die später im einzelnen erörtert werden sollen.

Während der Schwangerschaft leiden die Frauen unter den Störungen der Atmungswerkzeuge mehr als sonst. Obgleich in der Gravidität das Zwerchfell ganz allmählich bis zum IX. Monat in die Höhe gedrängt wird, die Lungen somit komprimiert werden, nimmt die vitale Kapazität der Lungen nicht ab, wie die bekannten spirometrischen Messungen von Küchenmeister, Fabius und Wintrich es bestätigten, da durch die Verbreiterung der Thoraxbasis die Respirationsbehinderung wieder ausgeglichen wird. Auf der anderen Seite stehen Dohrn's Ergebnisse, die eine Verringerung der vitalen Kapazität angeben und zwar bei Pluriparen etwas weniger häufig als bei Primiparen. Es spielen jedoch so viel andere Momente wie Muskelkraft, Übung, Alter etc. mit, dass man, wie Gusserow meint, ruhig annehmen kann: der Thoraxraum einer gesunden Schwangeren ist nicht wesentlich beschränkt.

Nichtsdestoweniger kommt es gegen Ende der Schwangerschaft leicht zu Katarrhen der Bronchien, die mit ungewöhnlich quälender Dyspnoë wegen der gestörten Exkursionsfähigkeit des Thorax verknüpft sein können; denn durch den wachsenden Uterus kommt der Thorax immer mehr in Exspirationsstellung; die ohnehin schon bestehende Zyanose kann dann noch durch besondere Verhältnisse gesteigert werden, wenn z. B. eine Störung der Funktion der Lungen durch einen pathologischen Prozess, wie z. B. durch eine Pneumonie, hinzukommt. Als eine weitere, jedoch viel seltenere Störung wäre wohl eine allzufrühe Verknöcherung der Rippen bei alten Erstgebärenden anzusehen, die der Verbreiterung der Thoraxbasis hinderlich ist, ferner bedeutender Hochstand des Zwerchfells infolge von hochgradigem Hydramnion, mehrfacher Schwangerschaft oder gleichzeitig bestehendem Aszites.

Diese Momente können so störend auf den normalen Geburtsverlauf wirken, dass man sich sogar genötigt sieht, durch vorsichtige Punktion den Aszites abzulassen oder durch Sprengung der Blase eine Verkleinerung des Uterus zu bewerkstelligen, nur um einer Indicatio vitalis gerecht zu werden, wodurch die Zwerch-

fellatmung bedeutend gebessert und der Kranken eine nicht unwesentliche Erleichterung zuteil wird. Dieser zuletzt genannte Eingriff ist aber gleichbedeutend mit Einleitung der Geburt und diese muss dann so rasch als möglich beendet werden, wie aus den therapeutischen Schlussbemerkungen hervorgeht; denn die Geburtsarbeit selbst stellt ja die Hauptanforderungen an die Lungen.

Der ungünstige Einfluss, den die Pneumonie auf die Schwangern, Gebärenden und Wöchnerinnen ausübt, wird demnach weniger in der Beschränkung der Atmungsoberfläche seinen Grund haben, als in den Veränderungen der Zirkulationsverhältnisse und zwar dadurch, dass durch die pneumonische Infiltration der Lungen die Widerstände im kleinen Kreislauf sich vermehren. Die Ausdehnung der Hepatisation wie auch die Schwere der Infektion, grössere Virulenz des Infektionserregers, sind dabei keine zu unterschätzende Faktoren.

Durch diese Einschaltung von Widerständen in den Lungenkreislauf und ausserdem noch durch die Steigerung der Widerstände im grossen Kreislauf infolge der Uteruskontraktionen ist, wenn der rechte Ventrikel diesen an ihn gestellten Forderungen nicht mehr gewachsen ist, die Disposition zu Blutstauung und Lungenödem gegeben, zumal Hydrämie in der Schwangerschaft besteht. Mit dem Eintritt der Geburt mehren sich die Gefahren nicht unbeträchtlich; denn mit jeder Wehe wird eine grössere Menge des im Uterus zirkulierenden venösen Blutes dem rechten Herzen zugetrieben, wodurch zur Erhöhung der Blutstauung in den Lungen wesentlich beigetragen wird. Hierzu kommt noch die Kompression des Thorax bei den Wehen, welche auch schon bei normalen Brustorganen Zirkulationsstörungen setzt, in der Pneumonie aber die Gefahren noch hochgradig steigern muss. Das Fieber bleibt unverändert hoch, der Puls wird schneller, steigt über 120, wird gleichzeitig kleiner und weicher; der Blutdruck sinkt unaufhaltsam, die Kräfte der Patientin verfallen, sie wird benommen und unter Trachealrasseln und dem Zeichen des Lungenödems tritt der Exitus ein. Für diesen letalen Ausgang ist einzig und allein ein Sinken der Herzkraft zu beschuldigen.

Ein gesundes Herz wird diesen auf es einwirkenden Schädlichkeiten, wie dies bei der Pneumonie der Fall ist, Schranken setzen und dank seiner grossen Energie vielleicht überwinden

können, ohne selbst Schaden zu nehmen. Anders jedoch ein schon früher oder erst in der Schwangerschaft erkranktes Herz, das sich nicht im Zustand der Kompensation befindet. Daher wird man auf einen ungünstigen Verlauf stets gefasst sein müssen.

Ob Hypertrophie oder Dilatation der Herzventrikel oder beides zugleich in der Schwangerschaft und Geburt stattfindet, darüber sind die Akten noch nicht geschlossen.

Die durch die Herzerkrankung bedingten Zirkulationsstörungen können zur Hypertrophie, Hyperämie und Hämorrhagie des Endometriums führen, ferner zu Blutungen aus dem Uterus, Lösung des Eies, zu Auslösung von Wehen durch Kohlensäureüberfüllung des Blutes. Schliesslich könnte eine Schädigung des Herzens noch veranlasst werden durch Störungen der Innervation und Regulierung der Herztätigkeit oder durch Veränderung der Struktur des Herzmuskels infolge Einwirkung der Stoffwechselprodukte des Fötus oder sonst bis jetzt unbekannter toxischer, im schwangern Körper kreisender Stoffe, bedingt durch die veränderte Beschaffenheit des Blutes.

Aber auch die Beendigung der Geburt bringt durchaus keine Besserung. Die Ursache dieses Verhaltens liegt darin, dass die Pneumonie eine meist typisch verlaufende Krankheit ist, die zu ihrem Verlaufe eine gewisse Zeit fordert, ferner eine infektiöse Erkrankung, welche durch grob mechanische Momente sich wenig oder gar nicht beeinflussen lässt.

Welche Veränderungen treffen wir nun nach der Geburt an? Der Druck im Abdomen wird post partum plötzlich herabgesetzt; die Unterleibsgefässe füllen sich strotzend mit Blut und es gelangt wenig Blut ins rechte Herz, es schlägt einige Augenblicke fast leer, was unmittelbaren Tod zur Folge haben kann. Das Herz arbeitet nun mit einer verringerten und verschlechterten Blutmenge, der gesunkene Blutdruck hebt sich allmählich und geraume Zeit später erst geht der Gasaustausch in den Lungen in normaler Weise wieder vor sich. Deshalb muss sogleich post partum der Lungenkreislauf, die Atmung, leiden, indem Sauerstoffmangel entsteht, der die Herzkraft ungünstig beeinflusst. Wegen Überfüllung der Unterleibsgefässe mit Blut und Atonie können starke Blutungen aus dem Uterus eintreten, die den Verblutungstod zur Folge haben können. Bedingt die Hämorrhagie nicht den Exitus, so kann doch

der arterielle Druck derart sinken, dass die Funktion der nervösen Zentren und die Leistungsfähigkeit der Muskeln im speziellen des Herzmuskels in nicht geringem Masse beeinträchtigt werden kann. Durch eine nur mässige Blutung nimmt die Blutmasse im Körper annähernd die früheren, vor der Schwangerschaft bestehenden Verhältnisse wieder an.

Die Entleerung der Gebärmutter entlastet das Zwerchfell, und die Lungen können sich wieder ausgiebig entfalten, was auf den Lungenkreislauf wie auch auf die ganze Blutzirkulation von wohltätigem Einfluss ist. Demgegenüber lässt die Energie der Herzaktion, die in der Austreibungszeit ihr Maximum erreicht hat, infolge Wegfalls der Muskelarbeit und Sinkens des arteriellen Blutdruckes nach, so dass die gestörte Gleichmässigkeit der Blutverteilung gewisse Schwierigkeiten hat, sich wiederherzustellen.

Im Wochenbett treten nun die Folgen der Herzüberanstrengung erst recht deutlich zutage und zwar umso schlimmer werden sie sein, je längere Zeit die Geburt in Anspruch nahm und je schwieriger die Geburtsarbeit war. Eine durch die Geburtsanstrengung gestörte Kompensation wird, wenn sie überhaupt wiederkehrt, ganz allmählich erst sich wieder einstellen. Die Prognose kann noch dadurch getrübt werden, dass infolge mangelhafter Herztätigkeit und der dadurch bedingten ungenügenden Ausscheidung der Nieren die Eliminierung der für den Organismus schädlichen Stoffe viel langsamer und ungenügender vor sich geht.

Das Schicksal des Kindes kann dadurch besiegelt sein, dass bei hohem Fieber der Mutter Abort, Frühgeburt oder ein in hohem Masse geschädigtes, wenig Lebensenergie besitzendes, ausgetragenes Kind geboren wird.

Dies kann einmal bedingt sein durch Wärmestauung infolge hohen Fiebers der Mutter, was seine Bestätigung in den Experimenten Runge's fand. Die Bluttemperatur des Fötus ist ja schon normalerweise infolge seiner eigenen Wärme und des ihn umgebenden, dem mütterlichen Blute gleichtemperierten Fruchtwassers um 0,5° höher als die Temperatur der Mutter, so dass hohe Temperaturen, wenn sie einmal 40,0° überschreiten, eine Überhitzung des fötalen Kreislaufes bedingen. Temperatursteigerungen wirken um so ungünstiger, je weniger Zeit zur Temperatur-

anpassungsfähigkeit an das ihn umgebende Medium dem Fötus zur Verfügung steht. Sobald nun bei einer fiebernden Schwangern die Temperatur eine gewisse Höhe (40,0—40,5°) überschreitet, so tritt eine Lebensgefahr für den Fötus auf, welche jetzt proportional der Dauer der Einwirkung und der Höhe der Fieberkurve wächst.

Ein anderer Faktor dürfte wohl die intrauterin erworbene Infektion sein, d. h. die im mütterlichen Blute kreisende Noxe hat sich einen Weg durch die plazentare Scheidewand gebahnt; die Infektionsträger sind in den fötalen Kreislauf eingebrochen. Interessante aber keineswegs häufige Fälle sind bekannt. So kennt man von Pocken, Scharlach und Masern die intrauterine Ansteckung; bakteriologisch nachgewiesen sind die Erreger von Febris recurrens, Typhus, Cholera, Milzbrand, Erysipel, Syphilis, Tuberkulose und Pneumonie. Ein Fall von intrauterin erworbener Lungenentzündung befindet sich auch unter meinen Fällen (B., Fall XIII). Warum aber die Infektionserreger einmal die Plazentarwandung durchbrechen, sei es nun, dass die plazentare Struktur von sich aus sich ändert, oder sei es, dass sie unter dem Einfluss des infektiösen Giftes geändert wird, ein andermal wieder nicht, dies ist bis heute noch ein strittiger Punkt. Interessante Beobachtungen darüber wurden von der Würzburger Klinik von Hammer mit geteilt.

Störung der plazentaren Respiration können ebenfalls den Fötus zum Absterben bringen. Dies wäre der Fall bei einer Pneumonie, die eine grosse Oberfläche der Lungen einnimmt; dann bei Blutungen, woher sie auch stammen mögen, die den Sauerstoff, das Atmungsmaterial des Fötus, rauben. Dabei bleibt dahingestellt, ob es der Mangel an Sauerstoff im mütterlichen Blute allein ist, oder eine beschränkte Zufuhr des gesamten Ernährungsmaterials, oder beides zusammen. Dazu kommt noch ein weiteres erschwerendes Moment für den Fötus hinzu, dass bei tief gesunkener Herztätigkeit der Mutter das die Zotten umspülende Blut fast stagniert.

Schliesslich soll nicht unerwähnt bleiben, dass die vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft bei einigen Infektionskrankheiten in lokalen Störungen an der Uterusschleimhaut ihre Ursache hat, wie sie als Endometritis haemorrhagica auch bei Nichtschwangern bekannt ist. Es kommt zu Blutungen in die gefäss-

reiche Dezidua: diese deziduale Stauungshämorrhagie bewirkt eine Läsion der Chorionzotten; in dem lockeren und lädierten Gewebe findet die Hämorrhagie keine Begrenzung, und als Folge davon wird das Ei immer mehr von seinem Konnex mit der Uteruswandung abgelöst, wodurch einem vorzeitigen Einsetzen von Uteruskontraktionen Veranlassung gegeben ist. Diese Erscheinungen können auch bei zu heftiger Erschütterung des Leibes, z. B. sehr heftigem, anhaltendem Husten, beobachtet werden. Wie bei allen Kreislaufstörungen können auch hier bedeutende Blutungen während und nach der Geburt auftreten.

Wie dem nun auch sei, ob das eine oder das andere Moment oder mehrere zusammen auslösend für die Ausstossung der Frucht sind, eine Schädigung wird oft genug beobachtet.

Die Wechselbeziehung der Pneumonie zu den Generationsvorgängen hat eine umfangreiche Literatur gezeitigt. Die ersten eingehenderen Berichte über diese Komplikation stammen wohl von Kiwisch und Grisolle. Bald reihten sich verdienstvolle Arbeiten an, wie die von Bourgeois, Gusserow, Chatelain, Wernich, Fasbender, Coli, Jürgensen, Löhlein, Fellner, Schauta u. a. m. Die der Literatur übergebenen Pneumoniefälle sind nie viele. Es liegt dies wohl einmal an der ohnehin seltenen Erkrankung der Frauen an Lungenentzündung in der Fortpflanzungsperiode, dann aber auch daran, dass ja in die Klinik nur ein kleiner Prozentsatz von Frauen kommt und schliesslich die Pneumoniekranken meistens in der internen Abteilung abortieren. Die Statistik birgt so eine Menge von Fehlerquellen, dass wir nicht imstande sind, die richtigen Schlüsse für die doch immerhin wichtige Bedeutung der Pneumonie während der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes zu ziehen. Die Prozentverhältnisse würden sich dann vielleicht auch günstiger gestalten. Wie sehr aber diese Übelstände die Resultate solcher statistischen Ermittlungen zu trüben vermögen, so darf man die gefundenen Resultate keineswegs vorenthalten.

So reihe ich **44 weitere Fälle** den schon publizierten an, die die Pneumonienzahl zu fördern bestimmt sind und nun unser Interesse in Anspruch nehmen mögen.

Die hier mitgeteilten Pneumonieerkrankungen basieren auf dem in den Jahren **1883—1908** inkl. in der Münchener Frauen-

klinik zur Beobachtung gelangten Krankenmaterial von zirka **35000** Geburten; es wären dies **0,13** % Pneumoniefälle, ein Prozentverhältnis, das auch mit anderen Beobachtungen über Pneumoniekranke übereinstimmt, z. B. in der Strassburger Frauenklinik in den Jahren 1879—1892.

Ich beschränkte mich darauf, nur das Wichtigste aus den Krankengeschichten herauszuholen, um möglichst übersichtlich die Fälle zu charakterisieren. So habe ich die ersten 9 Fälle nur kurz angedeutet, da ja Geburt und Wochenbett nichts Interessantes bieten. Bei A. und B. fehlen die eigentlich belanglosen Anamnesen über Keuchhusten, Scharlach, Masern, Diphtherie und früher überstandener Lungenentzündung; kein Fall lässt die eine oder andere Krankheit in der Anamnese vermissen. Es ist ja bekannt, dass gerade Masern und Keuchhusten eine gewisse Disposition für Lungenentzündung bieten und zu Rezidiven leicht Veranlassung geben.

Von diesen 44 Fällen entfallen **A.** 9 auf die Zeit der Schwangerschaft, **B.** 15 auf Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, **C.** 20 betreffen das Wochenbett allein.

Ich lasse nun die einzelnen Fälle folgen.

A.

Fall I.

Anna Ho., 23 Jahre, III. p.

Anamnese: Pneumonie im IV. Monat.
Geburt: Spontan in I. Schdlge; Plazenta spontan.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Ausgetragen und gesund.

Fall II.

Eva An., 20 Jahre, II. p.

Anamnese: Pneumonie im VI. Monat.
Geburt: Spontan in II. Schdlge; Plazenta spontan.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Ausgetragen und gesund.

Fall III.

Agathe La., 39 Jahre, VI. p.

Anamnese: Pleuro-Pneumonie im IX. Monat.
Geburt: Spontan in I. Schdlge; Plazenta nach Credé wegen Blutung.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Ausgetragen und gesund.

Fall IV.

Anna Gi., 20 Jahre, I. p.

Anamnese: Influenza-Pneumonie; Zeit unbekannt.
Geburt: In II. Schdlge; Forceps wegen Erschöpfung der Mutter, Stillstand der Geburt und Meconiumabgang; Plazenta nach Credé wegen Blutung.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Ausgetragen und gesund.

Fall V.

Martha Me., 24 Jahre, I. p.

Anamnese: Pneumonie im IV.—V. Monat.
Geburt: Spontan in II. Schdlge; Plazenta spontan.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Nicht ausgetragen (37. Woche), gesund.

Fall VI.

Franziska He., 37 Jahre, VII. p.

Anamnese: Pneumonie im Anfang des V. Monats.
Geburt: Spontan in II. Schdlge (Placenta praevia lateralis); Plazenta spontan.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Nicht ausgetragen (34. Woche), totgeboren.

Fall VII.

Veronika Spä., 23 Jahre, II. p.

Anamnese: Pneumonie im V. Monat.
Geburt: Spontan in II. Schdlge; Plazenta spontan.
Puerperium: Normaler Verlauf.
Kind: Nicht ausgetragen (30. Woche), gesund.

Fall VIII.

Rosa Se., 27 Jahre, II. p.

Anamnese: Pneumonie im V.—VI. Monat (seit 9 Tagen fieberfrei).
Geburt: Spontan in II. Schdlge; Plazenta nach Credé; reichliche Blutungen zwischen Amnion und Chorion.
Puerperium: Leichte Pleuritis als Komplikation der Pneumonie.
Kind: Nicht ausgetragen (29. Woche), starb bald, weil zu schwächlich.

Fall IX.

Ursula Ma., 33 Jahre, IV. p.

Anamnese: Pneumonie im VI.—VII. Monat (Pn. vor ein paar Tagen abgelaufen).
Geburt: Spontan in II. Schdlge; Plazenta spontan.
Puerperium: Leichte Pleuritis als Komplikation der Pneumonie.
Kind: Nicht ausgetragen (35. Woche), gesund.

Bei diesen 9 Fällen handelt es sich um in früheren Schwangerschaftsmonaten oder in letzter Zeit abgelaufene Pneumonien. Vier kamen zur rechten Zeit nieder (also 44,4%), fünf vorzeitig (= 55,6%). Von den nicht ausgetragenen Kindern starben zwei, und zwar eines (Fall VI) während der Geburt, vielleicht infolge einer Geburtsanomalie, Placenta praevia; es muss zweifelhaft bleiben, ob die Frühgeburt und der Tod in kausalen Zusammenhang mit der überstandenen Pneumonie gebracht werden darf; immerhin könnte es wohl möglich sein, dass die starke Blutung kurz vor oder bei der Geburt dem durch die Pneumonie schon geschwächten Kind den Todesstoss gegeben hat. In einem Falle (VIII) erfolgte der Exitus des Kindes bald nach der Geburt, sicherlich infolge einer vor 9 Tagen abgelaufenen Pneumonie. Demnach beträgt die fötale Mortalität 22,2%. Mütter starben keine.

B.

Wesentlich ungünstiger verhält es sich bei denjenigen Erkrankungen, bei welchen die Geburt in die Zeit der Pneumonie fällt.

Fall I.

Barbara Zo., 37 Jahre, VII. p.

Aufnahme: 22. IV. 03, 11^{30} a. m.

Anamnese: Verlegt von der Med. Klinik mit der Diagnose: Pneumonie beider Unterlappen und linksseitigem Exsudat am 8. Tage. Wehen seit 22. IV., 12^{h} a. m.

Status praesens: Ziemlich kräftige, aber anämische und stark zyanotische Frau. T. 38,5 P. 150 R. 56.

Geburtsverlauf:

22. IV., abends: Sensorium etwas benommen; geronnenes Blut geht nach Entfernung des mit Blut durchtränkten Wattebausches ab. T. 39,4 (rektal); P. 150 (klein, nicht ganz regelmässig); R. 58.

23. IV.:

11^{44} a. m. T. 39,4; P. 150. Muttermund eröffnet.

11^{50} a. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen, lebenden, in geringem Grade asphyktischen Mädchens (35. Woche) in I. Schdlge.

11^{55} a. m. P. 140 (klein).

1^{00} p. m. Spontangeburt der Plazenta; ziemlich beträchtliches, retroplazentares Hämatom. T. 38,7; P. 130 (regelmässig); R. 50. Atemnot.

Puerperium:

2^{30} p. m. Puls trotz wiederholt angewandter Exzitantien wieder unregelmässig, von sehr wechselnder Füllung, oft flatternd.

3^{10} p. m. T. 38,9; P. 142 (klein, fadenförmig); R. 54. Sensorium stark benommen; Zyanose nimmt zu; Pat. liess 1 mal Stuhl unter sich gehen.

4^{25} p. m. Starkes Frostgefühl.

6^{10} p. m. P. 150 (schwach und klein); Zyanose am ganzen Körper; Trachealrasseln.

6^{20} p. m. Puls kaum fühlbar, fast fadenförmig, oft aussetzend; R. 64.

6^{40} p. m. Cheyne-Stok'sches Phänomen. Extremitäten kühl, am Körper kalter Schweiss; Puls kaum fühlbar.

6^{55} p. m. Exitus letalis.

Autopsie: Fibr. eitrige Pleuritis beiderseits mit Übergreifen auf das Bauchfell, diffus eitrige Peritonitis, eitrig parenchymatöse Nephritis; Kompressionsatelektase des rechten Unterlappens.

Verhalten des Kindes: Journal fehlt.

Fall II.

Katharina Ze., 25 Jahre, II. p.

Aufnahme: 3. I. 1903, 1^{30} p. m.

Anamnese: Am 27. XII. 1902 plötzliche Erkrankung mit Schüttelfrost und Schmerzen in der linken Brustseite. Seit 30. XII. wegen linksseitiger Pleuritis im Krankenhaus behandelt. Fieber; Temp. bis 38,9. Seit einer Stunde Wehen.

Status praesens: Ziemlich kräftige Person. Wegen stürmischen Verlaufs der Geburt eine Untersuchung der Lungen unmöglich.

Geburtsverlauf:

3. I., 1^{50} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (37. Woche) lebenden Mädchens in II. Schdlge. Plazenta folgte sofort spontan nach.

Puerperium:

3. I. 2^{30} p. m. T. 37,9; P. 116; abends T. 37,7; P. 104.

4. I. T. 36,9 38,1; P. 126 116. Seröses Exsudat L. H. bis zum unteren Rand der Scapula reichend. Stimmfremitus und Atmungsgeräusch aufgehoben. An der Grenze zwischen Exsudat und gesunder Lunge Bronchialatmen. Respiration beschleunigt und erschwert.

5. I. T. 36,9 37,9; P. 110 120; R. 25. Status idem; Auswurf schleimig. Im Urin etwas Albumen.

6. I. T. 38,2 38,1; P. 124 120; R. 30. Schlechter Schlaf wegen Hustenreiz.

7. I. T. 38,1 38,0; P. 120 104. Starke Schweisse; Lungenbefund wie früher.

In den nächsten Tagen ändert sich im Lungenbefund nichts, wie auch die Temperatur und der Puls sich ungefähr gleichbleiben. Da Pat. ohne Erlaubnis ausser Bett war, kam es zur Zunahme des Exsudates.

16. I. T. 38,4; P. 100. Verlegung zurück ins Krankenhaus zur Weiterbehandlung der Pleuritis.

Verhalten des Kindes: Soxhlet; gesund entlassen.

Fall III.

Marie Br., 22 Jahre, I. p.

Aufnahme: 16. III. 1904, 11^{h} p. m.

Status praesens: Pneumonie beider Oberlappen. T. 39,8; P. 140; Wehen seit 5 Stunden.

Geburtsverlauf:

17. III. T. 39,3 38,7 38,0; P. — 132 104. Pat. ist hinfällig, schläft die meiste Zeit; quälender Husten. Ihres Zustandes wegen Untersuchung unmöglich. Sputum: sehr wenig, schleimig-eitrig. Atemnot.

18. III. T. 38,0 38,6 38,3; P. 112 104 104. Letzte Presswehe um 4^{30} a. m., seitdem schläft Pat.; starker Husten und Atemnot.

19. III. T. 37,8 37,9 38,8; P. 104 116 112. Rasselgeräusche über dem rechten Unterlappen; verschärftes Inspirium über beiden Oberlappen hinten. Sputum: blutig-eitrig. Seit 10^{h} a. m. beginnen die Wehen wieder. Herpes an der Oberlippe.

Abends: Pulm.: über rechtem und linkem Oberlappen verschärftes Ex- und Inspirium. Im Urin eine Spur Albumen. 10^{h} p. m. Blasensprung. 10^{15} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (33. Woche) lebenden Mädchens in I. Schdlge.

Nach der Entbindung fühlt sich Pat. bedeutend erleichtert und Dyspnoë nicht mehr so quälend. 10^{30} p. m. Spontangeburt der Plazenta.

Puerperium:

20. III. T. 38,0 38,8 37,0; P. 120 120 116. Schweissausbruch infolge eines Wickels; Befinden besser. Sputum: reichlich, rostfarben.

21. III. T. 36,5 37,4 36,6; P. 100 116 92. Ausstossung von etwa 200 g Blutcoagula. Stechen auf der Brust.
22. III. T. 36,7 36,5 36,6; P. 92 100 92. Kleinblasiges Rasseln auf dem rechten Ober- und Mittellappen, daselbst verkürzter Schall.
23. III. T. 36,8 37,6 36,5; P. 96 96 96. Zeitweilig Stechen auf der rechten Brustseite und Rücken. Bronchialatmen überm rechten Ober- und Mittellappen, daselbst kleinblasiges Rasseln. Sputum: rostfarben, in mässig reichlicher Menge.
24. III. T. 37,7 37,5 37,9; P. 100 100 112. Status idem.
25. III. T. 38,6 38,8 38,4; P. 112 112 112. Auf der rechten Seite starkes Stechen; starker Husten.
26. III. T. 36,8 38,4; P. 94 112. Pulm.: R H ganz, vorn über Ober- und Mittellappen Dämpfung; hinten leichte Rasselgeräusche; vorn vereinzeltes Giemen.
27. III. T. 36,8 36,5; P. 88 80. Status idem.
28. III. T. 36,8; P. 92. Lungen: R H Dämpfung. V R über Ober- und Mittellappen Dämpfung.
Verlegung in die Medizinische Klinik.

Verhalten des Kindes: Schwächlich entlassen.

Fall IV.

Anna Ro., 35 Jahre, VII. p.

Aufnahme: 14. XII. 1883, 9^{30} a. m.

Status präsens: Bronchitis diffusa und Pneumonie des rechten Unterlappens im Stadium decrementi. Wehen seit $8^1/_2$ Stunden.

Geburtsverlauf:

14. XII. 3^{15} p. m. Spontangeburt eines ausgetragenen, toten Knaben in I. Schdlge.
3^{45} p. m. Spontane Ausstossung der Plazenta.

Puerperium: Dämpfung auf der rechten Seite und sehr verbreitete Rasselgeräusche auf beiden Lungen; Bronchialatmen.
22. XII. Bei der Entlassung ist die Dämpfung auf der rechten Seite ganz geschwunden, verschärftes Atmen, Rasselgeräusche nur noch vereinzelt zu hören; dagegen linkerseits hinten über der Mitte der Skapula geringgradiges Bronchialatmen.

Fall V.

Marie Ra., 22 Jahre, I. p.

Aufnahme: 31. III. 1908, 12^h mittags.

Anamnese: Seit dem 30. III. stechende Schmerzen im Rücken rechts. Am 31. III. 10^{30} a. m. nach einigen reissenden Schmerzen im Rücken hat Pat. plötzlich einen unreifen, toten Knaben geboren; gleich darauf erfolgte die spontane Ausstossung der Nachgeburt. Dann wurde die Wöchnerin in die Frauenklinik eingeliefert.

Status praesens: Kräftig gebaute Frau. T. 38,2; P. 100. Das Gesicht der Pat. ist fieberhaft gerötet. Cor. und Luftwege ohne Besonderheiten.

Puerperium:

1. IV. 2^h a. m. T. 38,2, P. 144; 4^h a. m. T. 40,0, P. 130; 10^h a. m. T. 39,7, P. 130. Die rechte Seite bleibt beim Atmen etwas zurück. Atmung oberflächlich und beschleunigt. Rechts von der Mitte der Skapula an bis zum Proc. spin. X. absolute Dämpfung. Pektoralfremitus und Atmungsgeräusch daselbst aufgehoben. R V Dämpfung von der IV. Rippe an; ebenda Bronchialatmen.

   Abends: Reiben über dem rechten Unterlappen hörbar und Bronchialatmen. Cor.: linke Grenze ein fingerbreit ausserhalb der Mamillarlinie; Töne rein.

2. IV. T. 39,0 38,7; P. 122 128. Starker Schweissausbruch.

3. IV. T. 37,8 38,8; P. 90 130. Allmähliche Rückbildung des pneumonischen Prozesses.

4. IV. T. 36,0 36,2; P. 84 84.
   Temperatur und Puls bleiben dauernd auf normaler Höhe.

12. IV. T. 36,5 36,9; P. 64 76. Geringe Dämpfung über dem rechten Unterlappen, kein Rasseln mehr, kein verschärftes Atmen. Entlassung.

Fall VI.

Crescenz Po., 24 Jahre, I. p.

Aufnahme: 8. IV. 1903, 9^{30} a. m.

Anamnese: Seit 4^h morgens heftiges Stechen auf der rechten Brustseite. Bald darauf traten Wehen auf.

Status praesens: Mittelgrosse, mittelkräftige Frau. Croup. Pneumonie des rechten Unter- und Mittellappens. T. 38,7; R. 24. Muttermund für einen Finger durchgängig, Kopf fest im Becken.

Geburtsverlauf:

8. IV. 11^{h} a. m. Einlegen des Colpeurynters;
4^{55} p. m. Spontanes Austreiben des Colpeurynters; es entleert sich eine mässige Menge mit Meconium vermischten Fruchtwassers.
8^{45} p. m. Spontangeburt eines ausgetragenen toten Mädchens in II. Schdlge. Nabelschnur 2 mal fest um den Hals geschlungen. Wiederbelebungsversuche am Kinde ohne Erfolg.
10^{00} p. m. Plazenta spontan geboren.

Puerperium:

9. IV. T. 39,3 38,6; P. 124 140. Pneumonie des rechten Mittel- und Unterlappens.
10. IV. T. 37,3 37,4; P. 116 120. Voll und kräftig. Lungen: über dem rechten Mittel- und Unterlappen verkürzter Schall; Auskultation daselbst ergibt Bronchialatmen untermischt mit kleinblasigem Knisterrasseln. Herpes labialis; katarrhalisches Sputum.
11. IV. T. 37,8 39,0 38,7; P. 128 — 144. Status idem.
12. IV. T. 38,8 38,3 39,0; P. — 144 160. L H U Bronchialatmen. Der Befund R H U und R M der gleiche wie am 10. April.
13. IV. T. 38,1 39,0; P. 132 140. Status idem.
14. IV. T. 37,9 38,1 38,0; P. — 144 140. Während der Nacht delirierte Pat. heftig. Lungen L H U Dämpfung und Bronchialatmen. R H U und Mitte und oben Schall verkürzt und Knisterrasseln. Sputum rostfarben.
15. IV. T. 37,7 37,8; P. 128 142. Linke Unterlappen hinten noch gedämpft; Schall rechts wohl noch etwas gedämpft, aber im Vergleich zu links von sonorerer Beschaffenheit; L H O kleinblasiges Knisterrasseln.
16. IV. T. 37,7 37,6; P. 146 128. Rechts fortschreitende Lösung; L H U Schall bretthart; Bronchialatmen.

17. IV. T. 37,0 37,6; P. 140 126. L H U mitunter kleinblasiges Knistern; R H U und Mitte grossblasiges Knisterrasseln; Expektoration äusserst gering.

18. IV. T. 37,3 37,6; P. 112 128. Linker Unterlappen noch gedämpft, aber schon von etwas sonorerem Klang; brummende Rhonchi. Rechts sonorerer Schall, grossblasiges Knisterrasseln.

19. IV. T. 36,7 36,9; P. 132 128. Status idem.

20. IV. T. 36,3 37,6; P. 136 136. Bronchialatmen überall geschwunden. Über den ganzen Lungen brummende Rhonchi.

21. IV. T. 36,5 36,8; P. 140 148. L H U und Mitte Schall immer noch gedämpft. Bronchialatmen und Knisterrasseln überall geschwunden. Über den ganzen Lungen Rhonchi.

22. IV. T. 37,7 37,9; P. 128 136. L H U und Mitte abgeschwächtes Atmen, oben brummende Rhonchi. Über linker Lunge Schall verkürzt; rechts Schall sonor, ebenfalls brummende Rhonchi.

23. IV. T. 37,0 38,4; P. 142 148. Status idem.

24. IV. T. 37,0 38,4; P. 144 140. Schall auf der ganzen linken Seite hinten immer noch gedämpft, Stimmfremitus abgeschwächt.

25. IV. T. 37,9; P. 144. Patientin wird wegen Pleuritis exsudativa sinistra (Empyem) ins Krankenhaus verlegt.

Fall VII.

Marie Mü., 20 Jahre, I. p.

Aufnahme: 7. VII. 1889, 8^h a. m.

Anamnese: Seit gestern heftiges Seitenstechen in der linken Thoraxhälfte. Husten. In der darauffolgenden Nacht traten Wehen auf; ca. 10^h abends ist die Blase gesprungen.

Geburtsverlauf:

7. VII. 8^h a. m. T. 37,6.

9^{30} a. m. Spontangeburt eines lebenden, nicht ausgetragenen (34. Woche) Mädchens in I. Schdlge.

9^{36} a. m. Spontangeburt der Plazenta.

Puerperium:

7. VII. abends T. 37,3; P. 120.

8. VII. T. 37,1 39,0 37,8; P. 120 125 128; R. 40. Pneumonische Infiltration des linken Unterlappens; Bronchialatmen, feuchte, kleinblasige Rasselgeräusche, pleuritisches Reiben, Pektoralfremitus etwas abgeschwächt. Atmung mühsam, angestrengt. Herpes labialis. Sputum: blutig tingiert. Cor.: ohne Befund.

9. VII. T. 38,8 39,5 37,8 39,3 38,2; P. 130 — — 128 —; R. 32 (mühsam und sehr angestrengt). Pat. deliriert leicht. Lungen: L H U. Abnahme der Dämpfung an Intensität und auch an Extensität, bronchiales Atmen immer noch vermischt mit kleinblasigem Rasseln. Sputum: rein katarrhalisch.

10. VII. T. 39,6 38,0 39,8; P. 124 148 136. R H U leichte Dämpfung des Perkussionsschalles mit geringer Abschwächung des Atmungsgeräusches, das zeitweise von feinem Reiben begleitet ist. Cor.: Töne rein. Puls voll und kräftig.

Abends: starkes Frostgefühl, etwas Zyanose. Lungen: Verhalten des linken Unterlappens gleichgeblieben, zartes Pleurareiben und allenthalben kleinblasiges Rasseln; Pektoralfremitus abgeschwächt. R H U deutlich Bronchialatmen; Pektoralfremitus verstärkt.

11. VII. T. 39,6 40,0 37,1 39,0; P. 132 — 108 —. Rechter Mittellappen zeigt leichte Dämpfung; Pektoralfremitus verstärkt, kleinblasiges Rasseln daselbst. L H U ist die Dämpfung etwas geringer mit etwas durchschallendem Lungenschall, daselbst bronchiales Atmungsgeräusch, Rhonchi vereinzelt. Sputum: katarrhalisch mit einigen Blutstreifen vermengt.

Temperatur in den nächsten Tagen schwankend zwischen 37,5 und 39,6, Puls zwischen 100 und 120. Allmähliche Rückbildung des Lungenprozesses.

1. VIII. T. 37,4; P. 88. Entlassungstag: L H U und R H U noch immer Dämpfung; unbestimmtes Atmen; Stimmfremitus abgeschwächt; Hustenreiz etwas vermindert.

Verhalten des Kindes: Das schwächlich geborene Kind starb 23 Tage post partum.

Fall VIII.

Walburga Schu., 21 Jahre, I. p.

Aufnahme: 3. IV. 1888, 5^{15} p. m.

Anamnese: Seit 4 Tagen Husten, der mit Schüttelfrost und starkem Fieber eingeleitet wurde. Wehen seit $8^{1}/_{4}$ Stunden.

Status praesens: Schmächtige, mittelgrosse Blondine. T. 37,4; kräftige Wehen.

Geburtsverlauf:

3. III. 6^{h} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (37ste Woche) lebenden Knaben in I. Schdlge. Nabelschnur 1 mal um den Hals geschlungen.

6^{10} p. m. Spontangeburt der Plazenta.

Puerperium:

3. III. 8^{h} p. m. T. 37,4.

4. III. T. 39,8 39,4; P. 126 — (schnellend, klein). Stechende Schmerzen an der linken Thoraxseite. Unter dem Skapularwinkel leichtes Bronchialatmen. Dämpfung in der ganzen linken Thoraxhälfte mit zahlreichen Rasselgeräuschen. Auswurf: purulent, rostfarben. Gesicht zyanotisch. Herpes labialis. Husten.

5. III. T. 38,4 36,2; P. 84 —. Husten hat nachgelassen. Kurzatmigkeit. Pulm.: Auskultation ergibt L H spärliche, kleinblasige Rasselgeräusche und Bronchialatmen. Stimmfremitus über der Dämpfung der ganzen linken Thoraxhälfte verstärkt. R H U verschärftes Atmen, spärliche feuchte Rasselgeräusche. Sputum: schaumig, teilweise blutig, in mässiger Menge. Gesicht weniger zyanotisch wie gestern.

6. III. T. 36,8 37,0; P. 90 —. Bronchialatmen links hat sich beschränkt auf das Gebiet unterhalb der Skapula; spärliche Rasselgeräusche daselbst. Sputum: charakteristisch rostfarben. Gesicht nicht mehr zyanotisch.

7. III. T. 37,2 37,4; P. 84 —. Bronchialatmen über der Skapula links immer noch. L H U abgeschwächtes Atmungsgeräusch, ebenso Stimmfremitus; daselbst Knisterrasseln. Kein Husten mehr. R H U vereinzelt feuchte Rasselgeräusche.

8. III. T. 37,3 37,4; P. 72 —. Links über der Skapula nur noch schwaches Bronchialatmen. Links unter der Skapula zahlreiche, kleinblasige Rasselgeräusche. Stimmfremitus fast normal. Sputum: schleimig, schaumig, in reichlicher Menge.

9. III. T. 37,1 37,2; P. 72 —. An Stelle des Bronchialatmens ist Vesikuläratmen getreten. Über der ganzen linken Lunge hört man zahlreiche feuchte, grossblasige Rasselgeräusche.

10. III. T. 37,1 37,0; P. 62 —. Perkussionsschall links hell; spärliche Rasselgeräusche. Auswurf geringer.

11. III. T. 37,0; P. 62. Perkussion und Auskultation beider Lungen ergibt normale Verhältnisse. Auswurf ganz minimal.

Verhalten des Kindes: Soxhlet; gesund entlassen.

Fall IX.

Magdalena Schm., 29 Jahre, I. p.

Aufnahme: 8. XI. 1896, 2^{h} p. m.

Anamnese: Seit 3 Tagen Stechen auf der Brust. Expektoration gering.

Status praesens: Ziemlich kräftige Person. L H U schwache Abkürzung des Perkussionsschalles und in der Axillarlinie sowohl wie gegen die Wirbelsäule zu leichtes zähes Rasseln. Lebhaftes Stechen L H U.

Schwangerschaftsverlauf:

8. XI. 5^{h} p. m. T. 41,4; P. — | Schüttelfrost; Schläfrigkeitsgefühl; mässiger Hustenreiz; Stechen auf der Brust bedeutend.
8^{00} p. m. T. 38,5; P. 104 |
10^{00} p. m. T. 37,5; P. — |
12^{00} nachts T. 36,8; P. 106 |

9. XI. 2^{00} a. m. T. 41,2. Schüttelfrost.
6^{00} a. m. T. 37,5. Beginn der Wehen.

Geburtsverlauf:

9. XI. 8^{h} a. m. T. 37,0; P. 106.
3^{00} p. m. T. 39,1; P. 100; R. 48.
3^{30} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (36ste Woche) lebenden Mädchens in I. Schdlge.
3^{40} p. m. Plazenta spontan geboren.
3^{55} p. m. T. 39,1; P. 104.

Puerperium:

9. XI. 6^h p. m. T. 38,6, P. 102; 9^h p. m. T. 39,6; 12^h nachts T. 40,1. L H U Abkürzung des Perkussionsschalles; in der Axillarlinie links wie gegen die Wirbelsäule zu zähes Rasseln (der nämliche Befund wie in den letzten Schwangerschaftstagen). Expektoration sehr gering; Schüttelfrost.

10. XI. 2^h a. m. T. 38,7. Lungen: Status idem.
6^h a. m. T. 37,4; P. 108. Herpes labialis.
12^h mittags T. 37,2.
9^h p. m. T. 37,5; P. 80. Urin in spärlicher Menge; reichlich Albumen; mikroskopisch: ziemlich reichlich Zylinder, Blasenepithelien und einzelne Nierenepithelien, Leukozyten.

11. XI. T. 37,4 37,7; P. 68 78. Subjektives Befinden bedeutend gebessert. Eiweissgehalt des Urins etwas gemindert. Cor.: Spitzenstoss 1 Finger ausserhalb der Mamillarlinie; II. Pulmonalton verstärkt, etwas klappend; Töne aber rein.

12. XI. T. 38,0 38,1; P. 80 72. Lungen: Status immer noch der gleiche. Urinmenge: 400 ccm; mikroskopisch wie am 10. XI.

13. XI. T. 37,2 39,4; P. 80 88. Starke Transpiration.

14. XI. T. 36,0 37,4; P. 68 68. Dämpfungszone L H U geringer. Allmähliche Heilung des Lungenprozesses. Der Urin bekommt auch in den nächsten Tagen seine normale Beschaffenheit wieder.

30. XI. T. 36,6; P. 72. Entlassung: L H U verstärktes Vesikulär-atmen. Milz noch vergrössert und palpabel.

Verhalten des Kindes: Ziemlich schwächlich entlassen.

Fall X.

Babette Sto., 39 Jahre, IV. p.

Aufnahme: 11. III. 1903, 8^{30} a. m.

Anamnese: Seit 8 Tagen Husten; seit 3 Tagen Fieber; am 9. und 10. III. öfters Frösteln. Wehen seit 60 Stunden.

Status praesens: Schwächlich gebaute Person von schlechtem Ernährungszustand; an den unteren Extremitäten starke Ödeme

und reichlich Varizen; Gesicht fieberhaft gerötet. Husten. T. 38,6; P. 90 (nicht sehr kräftig); R. 36.

Geburtsverlauf:

11. IV. 9^{10} a. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (36ste Woche) lebenden Mädchens in Steisslage (Veit-Smelli).

9^{20} a. m. T. 38,1; P. 88, R. 28.

9^{35} a. m. Spontangeburt der Plazenta; geringes retroplaz. Hämatom.

11^{45} a. m. T. 37,3.

Puerperium:

11. IV. abends: T. 38,7; P. 96. Der ganze hintere Oberlappen pneumonisch infiltriert. Stimmfremitus verstärkt, Bronchialatmen. Sputum: reichlich, zäh-schleimig, etwas Blut beigemischt. Starker Hustenreiz.

12. IV. T. 37,4 37,6; P. 120 108. Status idem; inspiratorisch Knisterrasseln hörbar.

13. IV. T. 38,3 38,4; P. 104 128. Ganze linke Lunge infiltriert; überall Bronchialatmen, daneben Rasselgeräusche und Knisterrasseln; Stimmfremitus verstärkt. Puls: mittelvoll, regelmässig. Sputum rostfarben; Dyspnoë bedeutend.

14. IV. T. 38,3 38,1; P. 128 128. Atmung sehr angestrengt, Nasenflügelatmen; Dyspnoë sehr stark; mässig starke Zyanose des Gesichtes. Über der linken Lunge verschärftes Vesikuläratmen, untermischt mit mässig reichlichen Rasselgeräuschen und Knisterrasseln; Perkussionsschall etwas heller.

15. IV. T. 38,2 38,5; P. 132 128. Pulm.: lautes Rasseln auf der ganzen linken Lunge. Dyspnoë stark; Zyanose im Gesicht stärker wie gestern; dieselbe geht auch auf die Extremitäten über. Abends grosse Euphorie.

8^{h} p. m. Trachealrasseln; Exitus letalis unter den Erscheinungen des Lungenödems.

Autopsie: Verweigert.

Verhalten des Kindes: Soxhlet; gesund entlassen.

Fall XI.

Marie Schr., 24 Jahre, II. p.

Aufnahme: 3. I. 1907, 3^{15} p. m.

Anamnese: Pat. litt immer an Husten und Auswurf. Wehen seit $^1/_4$ Stunde.

Status praesens: Mittelkräftige Frau; Catarrh. apicis dextr., Pleuritis. T. 39,0; P. 136.

Geburtsverlauf:

3. I. 7^h p. m. T. 39,3 38,3 38,9; P. 132 120 128. Kräftige Wehen; immer stärker werdender Husten; reichlich Auswurf.

4. I. 2^h a. m. T. 38,2; P. 124.
8^h a. m. T. 38,5; P. 116.
12^h mittags T. 38,6; P. 108.
6^h p. m. T. 38,8; P. 120.
10^h p. m. T. 38,7; P. 112. Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Knaben in Stirnlage.
10^{15} p. m. Plazenta spontan geboren.

Puerperium:

5. I. T. 38,5 39,3; P. 132 136. Über der rechten Lungenspitze Giemen und kleinblasige Rasselgeräusche.

6. I. T. 38,7 39,3; P. 138 134. Status idem.

7. I. T. 37,5 38,3; P. 120 100. Bronchitis diffusa. Reichlich schleimiger Auswurf.

8. I. T. 37,8 38,8; P. 120 100. Bronchopneumonische Herde auf der rechten und linken Lunge mit Ausnahme des linken Oberlappens, der frei ist. Sputum: keine Tuberkelbazillen.

9. I. T. 37,5 38,7; P. 140 110. Allgemeinbefinden gut. Rasselgeräusche überall auf den Lungen, sonst Status idem. Sputum mikroskopisch: Diplokokken, Kokken in Packeten zu 4 beieinander, vereinzelt mehr; ferner Staphylokokken, keine Tuberkelbazillen.

10. I. T. 37,3 37,9; P. 112 124. Rasselgeräusche hörbar über den ganzen Lungen mit Ausnahme des linken Oberlappens. Urin: geringe Mengen Albumen; im Sediment sehr viele

Leukozyten, in geringer Menge granulierte und Epithelzylinder, vereinzelt hyaline Zylinder; zahlreiche Blasen- und Nierenepithelien, viel geschwänzte Zellen.

Noch zweimal in den nächsten Tagen kolossale Mengen von Leukozyten.

11. I. T. 37,0 37,2; P. 110 124. Pulm.: rechts überall Rasselgeräusche, links nur hauptsächlich im Unterlappen.

12. I. T. 37,2; P. 104. Entlassungstag.

Hinten rechts und links Rasselgeräusche, vorne nur vereinzelt. Linker Oberlappen frei. Subjektives Befinden gut. Reichlich Auswurf.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall XII.

Magdalene Bu., 30 Jahre, I. p.

Aufnahme: 29. VII. 1887, 5^{15} p. m.

Anamnese: Pat. kommt vom Krankenhaus, wo sie schon gefiebert haben soll (T. 39,8). Wehen seit $11^{3}/_{4}$ Stunden.

Status praesens: Mittelgrosse, ziemlich kräftige Frau. Wehen kräftig; Kopf fest im Becken.

Geburtsverlauf:

29. VII. 7^{h} p. m. T. 38,2; P. 88; R. 25.

30. VII. 8^{h} a. m. T. 39,4. Kindliche Herztöne schwach, manchmal unregelmässig.

12^{15} p. m. Spontangeburt eines totgeborenen, nicht ausgetragenen (28. Woche) Mädchens in Steisslage (Veit-Smelli). Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg.

2^{45} p. m. Spontangeburt der Plazenta.

Puerperium:

30. VII. abends T. 40,2.

31. VII. T. 38,8 39,5; P. 88. Grosse Mattigkeit, Kopfschmerzen; Puls mässig voll und kräftig. Abends Frost.

1. VIII. T. 39,4 38,8; P. 96. Stechende Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte; viel Husten; Auskultation und Perkussion der Lungen negativ. Abends Frost.

2. VIII. T. 39,2 40,3; P. 108; R. 36. Leicht somnolenter Zustand; Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte. Puls mässig voll und weich. Lungen: RH von der Spina scap. ab Dämpfung abwärts, Bronchialatmen, verstärkter Stimmfremitus. Bronchophonie. LH vom Angulus scap. abwärts gedämpfter Schall, abgeschwächtes Atmungsgeräusch und abgeschwächter Pektoralfremitus. Kein Sputum.
3. VIII. T. 40,3 39,8 40,5; P. 108 — 104; R. 30. Stechende Schmerzen in der rechten Thoraxhälfte. Befund auf den Lungen wie gestern. Puls voll und kräftig.
4. VIII. T. 40,3 39,0 39,5; P. 108; R. 30. Status idem. Allgemeinbefinden besser.
5. VIII. T. 40,5 39,0 39,8; P. 108; R. 28. Im Lungenbefund keine Änderung. Sputum: ziemlich reichlich, grossballig, dunkelrot gefärbt, nicht schaumig.
6. VIII. T. 38,8. Ins Krankenhaus zurückverlegt.

Fall XIII.

Franziska Da., 29 Jahre, III. p.

Aufnahme: 16. II. 1884, 2^{30} a. m.

Anamnese: Pat. hat sich in der letzten Zeit erkältet; sie hatte Fieber und Frost. Wehen seit gestern abend.

Geburtsverlauf:

16. II. 2^{45} a. m. Spontangeburt eines lebenden ausgetragenen Mädchens in I. Schdlge.
3^{30} a. m. T. 36,5; P. 84.
5^{00} a. m. Plazenta nach Credé, da der Uterus sich nur gering kontrahiert.

Puerperium:

16. II. morgens T. 40,0 39,1; P. 128 120; R. 32. Frost; keine Dyspnoë. Herpes labialis. Schallunterschied auf den Lungen nicht nachweisbar. RHU etwas verschärftes Atmen, feinblasige Rhonchi; Pektoralfremitus rechts verstärkt. Leib aufgetrieben. Pat. macht den Eindruck, als ob eine ablaufende Pneumonie bei ihr vorhanden wäre.
17. II. T. 38,5 38,4; P. 120 96; R. 32. Gesicht fieberhaft gerötet. Herpes trocknet ab. Ascites bedeutend. Pulm.:

vorn nirgends Dämpfung, überall vesikuläres Atmen, mit grossblasigem Rasseln untermischt. R H U leichte Dämpfung, Atmung abgeschwächt.

18. II. T. 38,7 38,2; P. 100 92. Lungenstatus idem; Ausfluss etwas übelriechend.

19. II. T. 36,4 38,9; P. 72 76. R H U feuchtes Rasseln, ab und zu von deutlichem Knistern begleitet; Dämpfung rechts beschränkt sich auf die Gegend unterhalb der Achselhöhle, unbestimmtes Atmungsgeräusch daselbst; die gleichen Erscheinungen auch L H U, Dämpfung aber weniger deutlich. Abdomen noch aufgetrieben; Exsudat darin zeigt eine Zunahme.

20. II. T. 39,3 40,0; P. 100 108. Lungen: Dämpfung rechts hinten reicht nicht höher hinauf als VII. Rippe, ebenso links. Auskultation: verschärftes Atmen, manchmal durch feuchtes Rasseln unterbrochen. Oberhalb der linken Inguinalgegend in der Regio hypogastrica besteht eine handgrosse druckempfindliche Stelle.

Abends: Am Ende des Inspiriums R H U deutliches Knistern; Dämpfung beschränkt sich auf die Gegend der Achselhöhle und hat tympanitischen Beiklang. Pektoralfremitus gegen links unverändert.

21. II. T. 37,5 39,5; P. 72 84. Leib nicht mehr bedeutend aufgetrieben; Husten weniger. Ausfluss nicht mehr fötid. Lungen: Dämpfungsgrenze rechts hinten in der Höhe der VII. Rippe, links etwas unterhalb der VIII. Rippe. Auskultation: rechts etwas abgeschwächtes Atmen, zeitweise feuchtes, kleinblasiges Rasseln. Pektoralfremitus rechts etwas stärker als links. Kein Auswurf. Allgemeinbefinden gut.

22. II. T. 36,7 36,8; P. 60 60. Atmung ohne Beschwerden. Exsudat immer noch im Abdomen. Pulm.: Dämpfung fast verschwunden; R H U überall vesikuläres Atmen, nur bei tiefen Atemzügen Knisterrasseln.

Lungenprozess geht in den nächsten Tagen seiner Heilung entgegen. Ascites verschwindet auch wieder.

Verhalten des Kindes: Ein Tag post partum an Pneumonie gestorben (wahrscheinlich intrauterin akquiriert).

Fall XIV.

Anna Ko., 20 Jahre, I. p.

Aufnahme: 12. X. 1906, 11^{h} a. m.

Anamnese: Seit 14 Tagen starke katarrhalische Affektion der oberen Luftwege. Im Anschlusse an harte Arbeit traten gestern krampfartige Schmerzen im Leib auf und Stechen im Rücken links hinten; starker Husten.

Status praesens: T. 38,8; P. 100. L H überm ganzen Unterlappen Dämpfung und Bronchialatmen; Pektoralfremitus abgeschwächt. R H U nur geringe Dämpfung; keine Wehen. Kindl. Herztöne: 132.

Pat. wird in die Medizinische Klinik verlegt.

Geburtsverlauf:

15. X. 8^{50} a. m. Pat. wird von der Medizinischen Klinik wieder eingeliefert. Auf dem Transport fand die Geburt eines toten, nicht ausgetragenen (25. Woche) Knaben statt. Plazenta folgte sogleich spontan. T. 39,4; P. 120.

Puerperium: Uterus gut kontrahiert; keine Nachblutung. Journal fehlt.

Fall XV.

Rosina Ga., 23 Jahre, I. p.

Aufnahme: 18. V. 1904, 2^{30} a. m.

Anamnese: Vor 3 Wochen Erkrankung mit Fieber und heftig stechenden Schmerzen in Brust und Rücken und auch schon übelriechendem Auswurf. 14 Tage bettlägerig. Als Folge trat Thrombose der linken Vena saphena magna auf. Dann war Pat. 8 Tage lang bei leidlichem Wohlbefinden ausser Bett. Nun traten vor $1^{1}/_{2}$ Stunden Wehen auf.

Status praesens: Grosse, kräftige Person. T. 36,7; P. 96. Lungen ohne Befund.

Geburtsverlauf:

18. V. 6^{h} a. m. T. 36,7; P. 100. Wehen kräftig.
8^{00} a. m. T. 36,8; P. 100.
10^{30} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Mädchens in II. Schdlge. (a).

10^{50} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Mädchens in I. Schdlge. (b).

11^{00} a. m. T. 36,8; P. 96.

11^{15} a. m. Spontangeburt der Plazenta.

1^{00} p. m. T. 36,9; P. 96.

Puerperium:

18. V. abends T. 36,7; P. 120. Uterus gut kontrahiert. Auf dieser Höhe ungefähr verhielt sich in den nächsten 4 Tagen Temperatur und Puls.

23. V. T. 36,6 38,3; P. 108 112. Geringer Husten.

24. V. T. 36,9 37,6; P. 92 108. Auskultation und Perkussion der Lungen negativ; Husten anhaltend.

25. V. T. 39,0 37,2; P. 136 120. Heftiger Husten, vormittags Schüttelfrost; heftiges Stechen auf der Brust, besonders L O.

26. V. T. 39,1 38,0; P. 132 120. Husten hat etwas nachgelassen; vereinzelt Rhonchi über dem linken Unterlappen hörbar. Perkussion negativ. Verdacht auf Pneumonie. Sputum: spärlich, eitrig, etwas übelriechend (keine Tuberkelbazillen).

27. V. T. 38,1 38,0; P. 132 116. Leichte Dyspnoë; Husten dauert fort.

28. V. T. 38,4 39,6; P. 132 142. Husten und Stechen auf der linken Thoraxseite, noch mehr auf der rechten. Starke Dyspnoë; Wangen und Lippen stark zyanotisch. Lungen: R H U leichte Schallverkürzung mit tympanitischem Beiklang; Atmungsgeräusch ist hier verschärft. Über dem ganzen rechten Unterlappen hinten trockene Rasselgeräusche hörbar. Sputum: reichlich, schleimig-eitrig, von widerlichen Geruch.

29. V. T. 38,9 38,6; P. 132 136. Ein Wickel während der Nacht ruft starke Schweissbildung hervor und Erleichterung. Dyspnoë etwas besser. Pulm.: R H U stellenweise bronchiales Atmungsgeräusch und leichte Bronchophonie.

30. V. T. 36,8 36,9; P. 106 106. Auf ein Wickel hin starker Schweissausbruch. Expektoration von kolossalen Mengen

geballter, schmutzig-eitriger Massen von widerlich süsslichem Geruch, mitunter mit einzelnen streifigen Blutbeimengungen.

31. V. T. 39,7 39,2; P. 142 132. Zunahme der Tympanie R H U. Trockene Rasselgeräusche über beiden Lungen hinten.

1. VI. T. 38,5 39,3; P. 138 136. Status idem.

2. VI. T. 39,4 39,5; P. 126 132. Respiration regelmässig, nicht besonders tief. Puls ziemlich klein und fliegend. Lungenbefund wie früher.

3. VI. T. 39,8 38,5; P. 132 124. Subjektives Befinden der Pat. relativ gut. Über der linken Lungenspitze leichte Schallverkürzung, daselbst verschärftes In- und Exspirium. Cor.: nicht verbreitert, Spitzenstoss sehr hebend, Töne rein. Puls klein und weich.

4. VI. T. 40,5 36,5; P. 160 124. L H U Schallverkürzung. Linker Oberlappen: Schallverkürzung und verschärftes Exspirium. Puls: klein, weich.

5. VI. T. 40,2 37,5 40,0 38,2; P. 160 120 140 120. Status idem.

6. VI. T. 40,0 38,8 39,5 39,9 38,6 40,0; P. 140 — 124 136 108 140. Pat. verfällt sichtlich; Sputum ergibt mikroskopisch einzelne Diplokokken. Lungenbefund und Sputum wie früher.

7. VI. T. 38,9 40,5 39,0; P. 120 140 130. Pulm.: Befund wie früher. Cor.: Töne rein; Puls: klein und weich.

8. VI. T. 40,6 37,4 39,6 38,6; P. 146 108 124 104. Lungen: H U beiderseits Dämpfung von der VI. Rippe an nach abwärts; Atmungsgeräusch hier abgeschwächt, Stimmfremitus aufgehoben. Über den ganzen Lungen vereinzelt Rhonchi hörbar.

9. VI. T. 39,7 36,5 38,7 39,0 37,1 38,0; P. 116 — 120 136 108 160. Tympanie rechts hinten ausgesprochen, sich über die rechte Axillarlinie auf die vordere Thoraxwand ausdehnend. L H etwa im VI. J K R pleuritisches Reiben hörbar, darunter zahlreiche Rhonchi. Puls sehr klein.

10. VI. T. 36,9 38,7 37,6 39,0 36,5 36,8; P. 92 140 136 94 124 108. Status idem.

11. VI. T. 39,9 36,9 39,0 38,3; P. 112 120 116 136. Reichlich Sputum von widerlichem Geruch. Blutuntersuchung ergibt Hyperleukozytose (19400). Puls auf wiederholte Exzitantien hin besser.

12. VI. T. 36,9 39,3 37,0 38,4; P. 92 152 116 132. Pat. verfällt immer mehr. Ziemliche Unruhe, dazwischen wieder kurzdauernde Euphorie.

4^{h} p. m. Rapide Steigerung des Lungenödems.

7^{00} p. m. Puls wird unregelmässig von wechselnder Füllung. Beginnende Agone.

7^{30} p. m. Exitus letalis.

Autopsie: Gangrän beider Lungen nach fötider Bronchitis; Pneumonie im rechten Unterlappen; daselbst Bronchiektasien. Ferner: Ödem der linken Lunge; eitrig fibrinöse Pleuritis links; Pleuritis sicca adhaesiva dextra. Septischer Milztumor. Trübe Schwellung beider Nieren und der Leber. Fortgepflanzter diaphragmatischer Abszess auf die Leberkuppe. Hydropericard.

Verhalten des Kindes: a) gesund entlassen.
b) in schwächlichem Zustand entlassen.

Sämtliche Gebärende befanden sich in der II. Hälfte der Schwangerschaft, die Mehrzahl im letzten oder vorletzten Monat. **5** Kinder waren ausgetragen (= **33,3**%), **10** Kinder kamen vor der Zeit zur Welt (= **66,7**%). In **3** Fällen erfolgte der Exitus der Mutter als unmittelbare Folge der Erkrankung, also in **20**%. Die Sterblichkeit der Kinder ist eine viel grössere, nämlich **46,7**%. 5 Kinder starben während der Geburt, 2 unmittelbar nachher.

Fall I, II, III und IV stehen in näherer Beziehung zueinander und zwar insofern, als die Geburt in die Zeit der Krisis bezw. Lysis der Pneumonie fällt.

Fall I endete letal für die Mutter; die Geburt brachte allerdings vorübergehend eine geringe Besserung, allein bald kehrte der alte Zustand wieder. Über das Verhalten des in geringem Grade asphyktisch geborenen Kindes fehlen leider die Notizen.

Fall II und III beanspruchten zur Heilung ein längeres Krankenlager und mussten deshalb in die Medizinische Klinik

verlegt werden. Ein Kind war gesund, beim anderen machte der pneumonische Prozess infolge der langen Geburtsdauer seinen deletären Einfluss geltend, indem es nur schwächlich entlassen werden konnte. Leider verfügen wir im IV. Falle nur über ganz spärliche Angaben. Ein totes Kind war die Folge der Pneumonie.

Die Fälle V, VI und VII zeigen klar, wie die Pneumonie auslösend auf die Geburt wirken kann. Bei Fall V gingen nicht einmal Wehen voraus; plötzliche Ausstossung einer toten Frucht war die Folge. Fall VI zeitigte auch ein totes Kind, Fall VII ein schwächliches, das bald nach der Geburt starb. Unbekümmert um den Geburtsvorgang nahmen die Pneumonien ihren regulären Verlauf.

Bei Fall VIII, IX und X trat die Geburt in den Anfangstagen der Lungenentzündung ein.

Bei Fall VIII kam es ohne ein längeres Krankenlager zur Restitutio ad integrum, da keine Komplikation hinzutrat. Das Kind, wenn auch zu früh geboren, konnte gesund entlassen werden. Anders jedoch bei Fall IX. Das Kind dieser Frau wurde sehr schwächlich geboren und konnte noch nicht gebessert entlassen werden. Die Schädigung kann nur, wie man mit Bestimmtheit annehmen darf, in den kolossalen Temperaturschwankungen der Mutter vor der Geburt gesucht werden, indem der Fötus keine Zeit zur Anpassung an diese rasch wechselnden mütterlichen Temperaturen hatte. Auch die Mutter hatte unter dem pneumonischen Prozess zu leiden, weshalb dieselbe 22 Tage zu Bette liegen musste. Fall X endete letal trotz der verhältnismässig niederen Temperaturen und Pulsfrequenz, was ein Beweis dafür ist, dass die Höhe der Temperaturen keinen Anhalt für die Beurteilung der Gefahr bietet. Das Kind war gesund.

Die Fälle XI, XII, XIII und XIV ermöglichen uns nicht, den Beginn der Lungenentzündung näher festzustellen. Von einem günstigen Einfluss der Geburt auf den Krankheitsprozess kann auch hier nicht die Rede sein. Das Wochenbett dauerte immer länger. Nur ein Kind konnte gesund entlassen werden, zwei waren tot geboren und eines erlag ein Tag post partum der Infektion der Mutter.

Fall XV beansprucht besonderes Interesse durch seinen eigenartigen Verlauf. 3 Wochen vor der Geburt begann die fötide

Bronchitis, vielleicht damals schon mit pneumonischen Verdichtungen; in 14 Tagen heilte dieser Lungenprozess scheinbar aus. 8 Tage darauf wurde die Frau von Zwillingen entbunden. Die Temperatur verhielt sich nach der Geburt 3 Tage lang ganz normal; allein die Pulsfrequenz immer über 100 liess doch auf etwas Krankhaftes schliessen. In der Tat, am 4. Tag flackerte der alte Prozess wieder auf und nach 19tägigem Krankenlager erfolgte der Tod. Ein Kind blieb schwächlich, das andere konnte gesund entlassen werden.

Zusammenfassend sämtliche Pneumoniefälle A und B komme ich zu folgendem Resultat: 37,5% der Kinder waren ausgetragen; **62,5%** der Kinder waren nicht ausgetragen; Mütter starben **12,5%**, Kinder **37,5%**.

Bei den nicht tödlich verlaufenden Fällen machte die Heilung sehr langsame Fortschritte; die Kinder konnten teils schwächlich, teils gesund entlassen werden.

Leider ist es nicht möglich, eine Trennung bezüglich der Unterbrechung der Schwangerschaft in der I. und II. Hälfte vorzunehmen, da das Material zu gering ist, was wohl an den früher angeführten Ursachen liegt. Die Literatur ergibt in der I. Hälfte 45%, in der II. Hälfte 60% Unterbrechung.

Die pneumonische Infiltration beschränkte sich fast nie auf einen Lappen, sondern ergriff mehrere nacheinander, führte also zur Wanderpneumonie; dasselbe treffen wir auch in den nachher zu besprechenden Fällen an. Schon dadurch ist die Komplikation bezw. Prognose eine weitaus ernstere. Vor allem sind es oft die Blutungen, die sich selbst an eine glücklich überstandene Geburt anschliessen, wodurch dem ohnehin schon durch die Krankheit geschwächten Organismus ein längeres Krankenlager zur vollständigen Erholung nötig ist. Ja die Wöchnerin kann so infolge unstillbarer Blutung unter den Erscheinungen einer akuten Anämie rasch zugrunde gehen, wie Fälle in der Literatur bekannt sind.

C.

Nun erübrigt es noch, die das Wochenbett komplizierenden Pneumonien einer näheren Betrachtung zu unterziehen.

Fall I.

Maria Ob., 24 Jahre, IV. p.

Aufnahme: 31. I. 1901, 7^{25} p. m.

Anamnese: Ohne Belang. Wehen seit 1^{h} mittags.

Status praesens: Mittelstarke Person. Starke Ödeme der unteren Extremitäten (Nephritis). Albumen im Harn. Querlage.

Geburtsverlauf:

31. I. 7^{45} p. m. Wendung in Narkose mit Ausschluss der Extraktion wegen Sinkens der kindlichen Herztöne. Mekonium im Fruchtwasser. Der nicht ausgetragene (38. Woche) im II.^{0} asphyktische Knabe wurde wieder zum Leben gebracht. Starke Blutung aus dem Uterus, daher Ergotin und Eisblase.

7^{50} p. m. Spontangeburt der Plazenta. 5 Zysten auf der fötalen Fläche. Mehrere falsche Knoten in der Nabelschnur. T. 37,7; P. 76; R. 22.

Puerperium:

1. II. T. 37,6; P. 90. Uterus gut kontrahiert.
2. II. T. 37,8 39,6; P. 110 120.
3. II. T. 39,8 39,6; P. 124 120. Stechen in der linken Schulter beim Atmen. Über dem linken Unterlappen eine deutliche Dämpfung, Bronchialatmen daselbst und verstärkter Stimmfremitus.
4. II. T. 38,6 39,8; P. 116 134. Über der ganzen linken Thoraxseite feuchtes Rasseln; sonst wie gestern.
5. II. T. 38,2 39,6; P. 120 136. Status idem.
6. II. T. 39,0 39,5; P. 134 122. Dämpfung über dem linken Unterlappen hat sich etwas aufgehellt, ebenda Rasselgeräusche.

7. II. T. 39,2; P. 132. Pat. machte heute morgen einen schwer kollabierten Eindruck. Pulm.: Über der ganzen linken Thoraxseite feuchtes Rasseln. Atmung frequent und oberflächlich. Puls sehr frequent, aber nicht schlecht.

Abdomen seit gestern abend gespannt, aber nicht druckempfindlich, Blähungen gehen ab.

11^{50} a. m. Trachealrasseln; Exitus.

Verhalten des Kindes: 9 Stunden nach der Geburt gestorben.

Fall II.

Anna Ull., 37 Jahre, VII. p.

Aufnahme: 28. VII. 1892, 6^{15} p. m.

Anamnese: Früher zweimal Lungenentzündung. Wehen seit 12 Stunden.

Status praesens: Ziemlich kräftige Frau. T. 37,6; P. 92; R. 20. Becken in geringem Grade verengt. Wehen kräftig.

Geburtsverlauf:

29. VII. 1^{25} a. m. Muttermund handtellergross; Kopf noch immer beweglich überm Becken. Nabelschnur vorgefallen, das Konvolut der Schlingen lässt sich nicht reponieren.

2^{0} a. m. Starker Mekoniumabgang.

2^{15} a. m. Muttermund nahezu vollständig erweitert. In Narkose Wendung und Extraktion eines ausgetragenen, im I.° asphyktischen Knaben. Wiederbelebungsversuche von Erfolg.

4^{15} a. m. Plazenta nach Credé.

Puerperium:

29. VII. T. 37,0 36,9; P. 112 88. Ausfluss übelriechend.

Temperatur und Puls in den nächsten Tagen auf normaler Höhe.

1. VIII. T. 36,7 38,9: P. 84 104. Ausfluss etwas übelriechend.

2. VIII. T. 40,0; P. 116. Abdomen und Parametrien schmerzfrei.

Temperatur und Puls bleibt hoch in den nächsten zwei Tagen, ohne eine Ursache dafür zu findeu.

5. VIII. T. 38,6 39,7; P. 132 144. Pulm.: Dämpfung H U R. Rasselgeräusche über den ganzen Lungen. Atembeschwerden.
6. VIII. T. 39,6 39,4; P. 144 144. Allgemeinbefinden schlecht. Ziemlich heftige Atembeschwerden. Starker Meteorismus. Auf Einlauf: eigelber, sehr übelriechender Stuhl; viel Flatus.
7. VIII. Lungenbefund der gleiche wie früher: Puls schwach, kaum fühlbar.

Abends: Dämpfung beiderseits hinten unten. Trachealrasseln; Herzschwäche. Exitus.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall III.

Marie Se., 20 Jahre, I. p.

Aufnahme: 20. II. 1902, 9^{30} a. m.

Anamnese durch die Mutter: Seit gestern abend Krampfanfälle und Wehen.

Status praes.: Grosse kräftige Person. Eklampsie. T. 38,4 (rektal); P. 132; R. 26. Koma. Chloroforminhalationen, Chloralhydrat.

Geburtsverlauf:

20. II. 11^{30} a. m. T. 38,6 (rektal); P. 160; R. 56. Gute Wehen. Muttermund für 2 Finger durchgängig, Kopf in Beckenweite; Blase steht. Eklampsieanfall.
12^{40} p. m. P. 160—184 (unregelmässig, aussetzend).
12^{50} p. m. Medullarnarkose (Tropacocaïn).
4^{00} p. m. T. 38,4; P. 104 (regelmässig), Kampfer; R. 36. Sensorium jetzt frei.
9^{00} p. m. T. 38,1. Keine Wehen mehr. Pat. schläft.
21. II. 7^{00} a. m. T. 37,2 (rektal). Wehen gut, Sensorium frei.
9^{40} a. m. Abermals Medullarnarkose (Tropacocaïn), nach 8 Minuten Wirkung.
10^{12} a. m. Herztöne des Kindes sinken.
10^{45} a. m. Spontangeburt eines lebenden, nicht ausgetragenen (37. Woche) Mädchens in I. Schdlge.
11^{20} a. m. Spontangeburt der Plazenta. Uterus gut kontrahiert, ganz geringe Blutung. T. 36,8.

Puerperium:

21. II. mittags. T. 37,4 37,4; P. — 112. Esbach: 2‰; im Sediment reichlich Körnchenzylinder.

22. II. T. 36,7 38,0; P. 78 120. Gelbliche Färbung des Gesichtes. Gegen 5^h abends Kollaps; auf Kampfer hin besser.

23. II. T. 37,8 38,4; P. 128 136; R. 28. Pat. macht einen benommenen Eindruck. Ausgesprochener Ikterus am ganzen Körper. Der ganze Körper erscheint mehr oder weniger ödematös. Lungen und Herz ohne Befund. Puls regelmässig, klein. Milz vergrössert, nicht palpabl. Abends mässiger Husten ohne Auswurf.

24. II. T. 38,0; P. 132. Zunahme des Ikterus.

12^h mittags T. 38,9; P. —. Schmerz bei Druck auf Gallenblasengegend.

4^h p. m. T. 40,2; P. 156. Leber nicht vergrössert.

9^h p. m. T. 38,6; P. 130. Hände ödematös geschwellt. Abends wird Pat. benommen, zieht das rechte Bein immer hoch.

25. II. T. 40,4; P. 160. Pat. tief benommen.

4^h p. m. T. 40,2; P. 160. Ikterus noch intensiver. Haut am ganzen Körper druckempfindlich. Urin und Kot gehen ab. Pulm.: L H O bis fast zur Mitte des Thorax Dämpfung und Bronchialatmen; darunter grossblasige Rasselgeräusche, letzteres auch R H O. Schall verkürzt. Cor.: über der Basis ein kurzes systol. Geräusch hörbar.

5^{35} p. m. Exitus letalis.

Autopsie: Multiple Nekroseherde der Leber bei puerperaler Eklampsie; schwerer Ikterus der Leber und allgemeiner Ikterus. Akute parenchymatöse Degeneration der Nieren. Croup. Pneumonie im linken Oberlappen; blutige Anschoppung L U; akutes Ödem der Lungen. Multiple Blutaustritte unter dem Endocard und Dura mater spinalis. Uterus post partum.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall IV.

Marie Ho., 22 Jahre, I. p.

Aufnahme: 18. I. 1900, 10^h p. m.

Anamnese: Öfters wegen Herzfehler Krankenhausbehandlung. Transport vom Krankenhaus (aufgenommen wegen Bronchitis) in die Frauenklinik, weil Wehen begannen. T. 37,4.

Status präsens: Mittelgrosse, kräftige Person. Obere und untere Extremitäten und die Bauchhaut ödematös. Lippen, Wangen und Ohren zyanotisch. Im Urin reichlich Albumen ($^1/_3$ des Reagensglases). T. 38,0; P. 124 (sehr klein und unregelmässig); R. 40. Die auxilliären Atemmuskeln angestrengt tätig. Ziemlich starker Husten. Pulm.: über beiden Lungen zahlreiche kleinblasige Rasselgeräusche. Cor.: nach links und rechts verbreitert. Spitzenstoss verbreitert, II. Pulmonalton akzentuiert. Systol. und präsystol. Geräusch über der Spitze zu hören. Leber: 2 Querfinger unter dem Rippenbogen und druckempfindlich.

Geburtsverlauf:

18. I. 10^{20} p. m. Plötzliche Geburt eines nicht ausgetragenen (26. Woche) toten Knaben (Lage konnte der Übereilung wegen nicht mehr festgestellt werden).

11^{30} p. m. T. 38,1; P. 126; R. 40.

19. I. 1^{20} a. m. Plazenta spontan geboren.

Puerperium:

19. I. T. 38,2; P. 96. Puls gross und voll.

4^h p. m. T. 37,6; P. 132; R. 52. Pulm.: über den Lungen starke bronchitische Geräusche. RVO und RHO leichte Dämpfung, Bronchialatmen und Rasseln. Sputum: schleimig mit eitrigen Beimengungen.

Abends: Pat. wurde wegen Infiltration der rechten Lungenspitze, Nephritis und Insuffizienz des Herzens ins Krankenhaus zurückverlegt.

Pat. ist im Laufe der Woche im Krankenhaus gestorben.

Autopsie: Akute Dilatation des Herzens mit Degeneration des Muskels; beginnende pneumonische Herde auf der rechten Lunge; Schwangerschaftsniere in hohem Grade.

Fall V.

Amalie He., 25 Jahre, I. p.

Aufnahme: 28. II. 1901, 7^{h} a. m.

Anamnese: Seit $^{1}/_{2}$ Stunde Wehen. Während des Transportes in die Klinik erfolgte die Geburt eines nicht ausgetragenen (36. Woche) lebenden Mädchens.

Status praesens: Ziemlich kräftig gebaute Person. Plazenta noch nicht geboren. Dammriss II.^{0}.

Weiterer Geburtsverlauf:

28. II. abends T. 37,2; P. 104.

1. III. T. 37,7 39,3; P. 116 100. Schmerzen im ganzen Abdomen; fötider Geruch aus den Genitalien.

2. III. T. 38,0 38,8; P. 120 118. Zeitweise Blutabgang. Plazenta nach Credé entfernt.

Puerperium:

3. III. T. 39,2 40,0; P. 124 132. Pat. fühlt sich wohl; Lochien nicht fötid. Temperatur und Puls bleiben auf dieser Höhe. Dammriss heilt; Abdomen meteoristisch aufgetrieben; Exsudat in der rechten Seite nachweisbar. Schmerzen im rechten und linken Parametrium.

8. III. 8^{h} a. m. T. 39,5; P. 134. Stechen auf der linken Lunge.

10^{00} a. m. T. 37,4; P. —. Perkussion ergibt keinen Befund.

12^{00} m. T. 36,3; P. 138.

3^{00} p. m. T. 35,3; P. 140. Atmung oberflächlich, stark beschleunigt und sehr erschwert. 3^{h} mittags Collaps.

4^{00} p. m. Pulmo: zahlreiche feuchte, gross- und mittelblasige Rasselgeräusche R H U, sowie besonders L H U; hier bis herauf zum Ang. scap. rauhes Inspirium. Kein Husten, kein Auswurf. Puls sehr weich. Befund im Abdomen wie früher.

5^{00} p. m. T. 36,5; P. 124. Pat. verfällt sichtlich.

11^{45} p. m. Unter schwerer Dyspnoë und Collapserscheinungen erfolgt der Exitus.

Autopsie: Puerperale septische Endometritis, septischer Milztumor. Diffuse septische Pelveoperitonitis mit reichlicher Exsudatbildung, Abszesse in der Milz; braune Atrophie des Herzens. Hypostatische Pneumonie im linken Unterlappen.

Verhalten des Kindes: Schwächlich entlassen.

Fall VI.

Therese Pa., 21 Jahre, II. p.

Aufnahme: 31. III. 1907, 4^{15} a. m.

Status praesens: Kräftig gebaute Person; kräftige Wehen, die vor $^3/_4$ Stunden begannen.

Geburtsverlauf:

31. III. 4^{20} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Knaben in I. Schdlge. (a). Sogleich springt die zweite Blase; es entleert sich ein faustgrosser Klumpen geronnenes Blut. Vorliegen beider Füsse, Nabelschnur sich um die Füsse schlagend.

1^{45} p. m. Da die kindlichen Herztöne dauernd über 150 sind, wird an den Füssen der im II.^{0} asphyktische Zwilling extrahiert (Martin-Winkel) (b). Wiederbelebungsversuche erfolgreich.

1^{50} p. m. Spontangeburt beider Plazenten.

Puerperium: Temperatur und Puls in den ersten Tagen normal.

6. IV. T. 36,3 41,2; P. 76 104. Nachmittags Schüttelfrost. Eihautreste und Blutcoagula manuell und mit der Curette entfernt.

In der folgenden Zeit Temperatur zwischen 37,7 und 40,2, der Puls zwischen 104 und 112.

11. IV. T. 38,3 39,4; P. 104 124. Quälender Husten mit wenig Schleimauswurf. Atmung beschleunigt. Pulm.: überall voller Lungenschall mit Ausnahme einer gedämpften Partie mit tympanitischem Beiklang, die den halben unteren Teil des linken Unterlappens einnimmt, daselbst abgeschwächtes und verschärftes Atmen. Dämpfung vorne links nicht nachzuweisen, Atmungsgeräusch eben-

falls verschärft und weniger deutlich. Im linken Oberlappen fast bronchiales Atmen; über der ganzen rechten Lunge verschärftes In- und Exspirium ans bronchiale grenzend. Diffuse, pfeifende, trockene Rasselgeräusche.

12. IV. T. 37,8 37,6; P. 104 98. Nachmittags: über allen Lungenabschnitten verschärftes Vesikuläratmen mit einzelnen trockenen Rasselgeräuschen. Die tympanitisch gedämpfte Stelle L H U ist heute verschwunden. Beide Parametrien druckempfindlich, Ausfluss fötid.

13. IV. T. 36,6 36,3; P. 88 124. Linkes Parametrium äusserst druckempfindlich.

In den nächsten Tagen schwankt die Temperatur zwischen 36,3 und 38,8, Puls zwischen 84 und 124. Im linken Parametrium bildet sich eine fluktuierende Geschwulst heraus, die über das Poupart'sche Band steigt. Pulm.: verschärftes Atmen und Husten.

28. IV. T. 37,4; P. 136. Husten wird stärker.

5^{h} p. m. T. 40,6; P. 144. Atmung sehr beschleunigt und oberflächlich.

7^{00} p. m. T. 36,4; P. 140. Puls schnellend und klein. Cor.: Töne rein. Pulm.: R H U und L H U Bronchialatmen, verstärkter Stimmfremitus, Bronchophonie; ebenda zahlreiche Rasselgeräusche. Über den übrigen Lungenabschnitten verschärftes In- und Exspirium untermischt mit Rasselgeräuschen. Geringer Auswurf.

29. IV. T. 40,6; P. 162. Status idem.

30. IV. H U R und L reines Bronchialatmen; eine absolute Dämpfung kann nicht nachgewiesen werden; Sputum: schaumig, ohne Blutbeimengungen.

3. V. 7^{30} p. m. Exitus letalis.

Verhalten der Kinder: a) gesund entlassen.
b) 29 Tage post partum gestorben.

Fall VII.

Rosina Gi., 29 Jahre, IV. p.

Aufnahme 13. II. 1891, 2^{45} a. m.

Anamnese: Wehen seit 6 Stunden.

Status praesens: Kräftige Frau; im Urin mässige Mengen Eiweiss.

Geburtsverlauf:

13. II. 5^{30} a. m. T. 37,4; P. 90. Starke Wehen.
1^{00} p. m. T. 38,6; P. 105.
2^{30} p. m. T. 38,8; P. 118.
4^{00} p. m. T. 38,6.
5^{38} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (38 ste Woche) lebenden Knaben in I. Schdlge. Es entleert sich eine grosse Menge mit Blut vermischtes Fruchtwasser.
6^{50} p. m. Spontangeburt der Plazenta.

Puerperium:

14. II. T. 37,9 39,1; P. 104 108. Heftiges Stechen in der linken Brustseite. Auf der linken Seite etwas hinter der Axillarlinie und handbreit unter der Axilla eine etwa handtellergrosse ausgesprochene Dämpfung; daselbst Bronchialatmen.

15. II. T. 38,7 40,4; P. 108 108. Pat. befindet sich besser. Stechen in der linken Seite hat etwas nachgelassen. Die Pneumoniesymptome sind heute weniger ausgesprochen.

16. II. T. 39,2 40,7; P. 108 132; R. 36 60. Atmung sehr angestrengt. Husten und Stechen auf der linken Thoraxseite heftiger. Auswurf schaumig, etwas rostfarben. Die Pneumonie hat den ganzen linken Unterlappen ergriffen; vorn und hinten Dämpfung, Bronchialatmen.

17. II. T. 38,6 39,0; P. 116 112; R. 32 40. Husten stark; Sputum: rostfarben, in reichlicher Menge. Stechen in der Seite nicht mehr bedeutend.

18. II. T. 37,5 37,8; P. 96 96; R. 26. Besserbefinden. Stechen und Husten nachgelassen; Auswurf nicht mehr rostfarben. Überm Unterlappen Knisterrasseln hörbar und

in geringem Grade noch Bronchialatmen; Dämpfung ebenfalls noch vorhanden.

Die Pneumonie heilt in den nächsten Tagen aus.

2. III. T. 37,5; P. 92. Husten nur noch wenig; über dem linken Unterlappen noch etliche Rasselgeräusche hörbar.

Verhalten des Kindes: Sehr schwächlich entlassen.

Fall VIII.

Marie Ha., 21 Jahre, I. p.

Aufnahme: 6. III. 1908, 2^{15} p. m.

Anamnese: Pat. hatte November, Dezember und Februar Blutungen; seit 22 Stunden Wehen.

Geburtsverlauf:

6. III. T. 36,7. Kräftige Wehen.

7. III. Wehen hören auf.

8. III. Starke Wehen; Blase gesprungen.
Abends; T. 37,4 (rektal); P. 88. Kopf in Beckenenge.

9. III. 9^{45} a. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (38ste Woche), im I.^{0} asphyktischen Knaben. Wiederbelebungsversuche von Erfolg.

11^{05} a. m. Spontane Ausstossung der Plazenta; keine Nachblutung.

Puerperium:

9. III. abends T. 37,3; P. 120. Uterus gut kontrahiert. Mässiger Husten, Auswurf. An einigen Stellen des Thorax Rasseln hörbar.

10. III. T. 37,0 37,9; P. 88 128. Status idem.

11. III. T. 37,4 38,9; P. 84 108. Dämpfung L H U. Im Bereich dieser Dämpfung unbestimmtes Atmen und viel Rasseln.

12. III. T. 38,2 39,2; P. 120 134. Dämpfung besteht noch; im oberen Teil der Dämpfung Bronchialatmen, Reiben, Giemen und Pfeifen.

13. III. T. 37,8 39,0; P. 134 136. Über der Dämpfung ausgesprochenes Bronchialatmen, Reiben und Rasseln.

14. III. T. 37,3 38,3; P. 108 106. Kein Bronchialatmen mehr, sonst gleicher Befund.

15. III. T. 36,9 37,3; P. 106 116. Nur noch Dämpfung und Rasseln hörbar; reichlich Auswurf.

16. III. T. 36,8 37,2; P. 74 88. Status idem. Temperatur und Puls bleiben normal; die Lungenerscheinungen schwinden allmählich.

20. III. Entlassung: Noch etwas Rasseln und Auswurf.

Verhalten des Kindes: Über die weitere Lebensfähigkeit des Kindes fehlen die Notizen.

Fall IX.

Kreszenz Schr., 26 Jahre, I. p.

Aufnahme: 16. XI. 1902, 7^{45} a. m.

Anamnese: Wehen seit 24 Stunden.

Status praesens: Mittelgrosse, mittelkräftige Frau. T. 37,1; P. 88. Ödeme an den unteren Extremitäten.

Geburtsverlauf:

16. XI. 11^{h} a. m. T. 37,1; P. 84. Wehen kräftig.
2^{00} p. m. T. 37,3; P. 88.
7^{00} p. m. T. 38,6; P. 120.
8^{00} p. m. T. 38,8; P. 120.
8^{30} p. m. Da die Pat. fieberte und die Geburt nicht vorwärts ging, wurde Forceps gemacht. Geburt eines ausgetragenen, lebenden Knaben in I. Schdlge. Dammriss II.°. Quetschwunden in der hinteren Scheidenwand.
8^{55} p. m. Plazenta spontan ausgestossen.
9^{00} p. m. T. 37,5; P. 84.

Puerperium:

17. XI. T. 37,5 37,9; P. 94 104. Bronchitis acuta.

18. XI. T. 36,5 38,2; P. 96 108. Über beiden Unterlappen Dämpfung und Bronchialatmen. Heftiger Husten, Respiration beschleunigt.

19. XI. T. 37,5 38,5; P. 120 120. Status idem. Heftiges Stechen entsprechend dem linken Unterlappen. Herz ohne Befund; kein Auswurf.

20. XI. T. 38,0 38,6; P. 100 108. Dämpfung und Bronchialatmen immer noch. Stimmfremitus verstärkt. Massenhaft Rhonchi.

21. XI. T. 37,6 38,7; P. 96 120. Über dem linken Unterlappen reichlich Rasseln; an der Grenze von linkem Ober- und Mittellappen noch Brochialatmen. Rechts reichlich Rasseln neben Giemen und Pfeifen. Trockener, quälender Husten.

22. XI. T. 36,6 38,0; P. 104 104. Status idem.

23. XI. T. 37,2 37,6; P. 100 104. Puls und Temperatur bleiben nun auf solcher Höhe. Über beiden Unterlappen Rasselgeräusche. An der Grenze von linkem Ober- und Unterlappen noch Bronchialatmen. L H U noch verstärkter Stimmfremitus. An einigen Stellen Vesikuläratmen. Auswurf katarrhalisch. Vom 26. November ab sinkt Puls auch zur Norm zurück.

3. XII. T. 37,0 36,3; P. 76 84. Lungenbefund immer noch der gleiche. Bronchialatmen fast verschwunden.

4. XII. T. 38,7 39,4; P. 112 120. Bronchialatmen auf der Grenze von linkem Ober- und Unterlappen wieder deutlicher, verstärkter Stimmfremitus.

5. XII. T. 39,7 39,0; P. 128 120. Bronchialatmen zwischen beiden Ober- und Unterlappen. Massenhafte Rasselgeräusche über beiden Unterlappen. Häufiges Erbrechen.

6. XII. T. 36,5 37,1; P. 80 100. Besserbefinden. Lungenstatus der nämliche.

7. XII. T. 37,1 37,5; P. 108 108. Überm rechten Unterlappen wieder deutlich Bronchialatmen, verstärkter Stimmfremitus und Knisterrasseln.

8. XII. T. 37,3 36,3; P. 108 80. Rechte Lunge wie gestern; linke Lunge in feuchter Lösung. Sputum: viel Diplokokken.

Temperatur und Puls bleiben normal; Bronchialatmen rechts verschwindet auch wieder. Stimmfremitus gleich. Links Vesikuläratmen, rechts verschärftes Atmen.

12. XII. T. 36,3 36,5; P. 68 80. Rechts oben leichte Dämpfung und Bronchialatmen. Rechts unten abgeschwächtes Atmen. Reichlich Auswurf.

Temperatur und Puls steigen nicht höher. Das Bronchialatmen überm rechten Oberlappen schwindet bald wieder. An seine Stelle treten Rasselgeräusche.

20. XII. T. 36,5 37,0; P. 84 72. Überall Vesikuläratmen; Husten gering. Stechen auf der rechten Spitze. An einigen Stellen der Lungen hört man noch Rasselgeräusche.

31. XII. T. 36,5; P. 76. Vom vielen Husten platzte die Dammnaht, es kam zur Perineo-Rektalfistel: deshalb Operation. Entlassung. Sanatorium empfohlen.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall X.

Therese Mü., 21 Jahre, I. p.

Aufnahme: 15. IV. 1903, 8^{15} p. m.

Anamnese: Als Kind Masern, Scharlach. Wehen seit 6 Stunden.

Status praesens: Mittelgrosse, schwach entwickelte Person. T. 37,2; P. 88; R. 20. Laryngitis acuta.

Geburtsverlauf:

15. IV. T. 37,3; P. 100. Wehen kräftig.

16. IV. T. 37,0 38,2; P. 104 108. Wehen gut.

17. IV. 4^{h} a. m. T. 36,6; P. 100.

5^{15} a. m. T. 37,5; P. 106.

6^{15} a. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (38ste Woche), lebenden Knaben in I. Steisslage (Veit-Smellie).

6^{30} a. m. Nachblutung: Ergotin, heisse Spülung.

7^{00} a. m. Plazenta nach Credé; Uterus kontrahiert sich gut; Blutung steht. T. 37,4; P. 120.

Puerperium:

17. IV. T. 37,3 37,7; P. 120 120. Laryngitis und Pharyngitis.

18. IV. T. 37,2 38,9 37,0; P. 112 — 104. Status idem.

19. IV. T. 36,7 38,0; P. 100 120. Pulm.: L H U Dämpfung und Bronchialatmen. Im Laufe des Nachmittags tritt auch R H U Bronchialatmen auf. Sputum: eitrig, mit Blut tingiert.

20. IV. T. 36,7 37,4; P. 96 96. R H U und L H U Dämpfung, Bronchialatmen, reichlich Rhonchi. Sputum mikroskopisch: reichlich Diplokokken, keine Tuberkelbazillen.

21. IV. T. 37,2 37,2; P. 84 72. Brüste beim Betasten sehr schmerzhaft. Lungenbefund der gleiche, Giemen auf der rechten Spitze.

22. IV. T. 36,7 36,9; P. 84 92. Linke Spitze Giemen etwas gedämpft. Bronchialatmen L H U und R H U geschwunden; an deren Stelle verschärftes Atmen.

Der pneumonische Prozess heilt in den nächsten Tagen aus. Leichte Parametritis dextra bildet sich aus.

27. IV. T. 36,2; P. 72. Entlassung: auf den Lungen normale Verhältnisse; ambulatorische Weiterbehandlung der Parametritis.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall XI.

Anna Ha., 25 Jahre, II. p.

Aufnahme: 12. III. 1906.

Anamnese: Heute morgen 10^{30} wurde Pat. nach einigen Presswehen von Zwillingen plötzlich entbunden in Schädellage und Steisslage (Veit-Smellie); die Kinder sind ausgetragen und leben. Nach 10 Minuten Spontangeburt der Plazenta; keine Nachblutung.

Status praesens: Uterus gut kontrahiert; T. 38,0.

Puerperium:

12. III. T. 38,9.

13. III. T. 36,5 36,6; P. 90 94. Uterus gut kontrahiert. Pat. befindet sich wohl.

14. III. T. 36,8 39,0; P. 92 98. Pat. hat Schmerzen in der linken Thoraxseite.

Schüttelfrost abends. Pulm.: Dämpfung L H U; verschärftes Atmungsgeräusch daselbst.

15. III. T. 39,0 38,5; P. 110 90. Pneumonie des linken Unterlappens; Husten; Auswurf rostbraun.

16. III. T. 37,7 40,5; P. 110 122. Dämpfung überm linken Unterlappen ausgesprochen.
Abends: heftiges Stechen L H U. Herpes labialis.
17. III. T. 38,0 39,2; P. 108 115. Status idem.
18. III. T. 36,8; P. 85. Kritischer Abfall der Temperatur.
Temperatur und Puls bleiben niedrig; der pneumonische Prozess heilt aus.
26. III. T. 36,7; P. 72. Entlassung.

Fall XII.

Kunigunde Ma., 18 Jahre, I. p.

Aufnahme: 30. XII. 1900, 7^{15} a. m.

Anamnese: Wehen seit 3 Stunden.

Status praesens: Kräftige Person. T. 36,0; P. 96.

Geburtsverlauf:

30. XII. 5^{55} p. m. Spontangeburt eines lebenden, ausgetragenen Knaben in I. Schdlge. Nabelschnur 1 mal um den Hals geschlungen.
6^{20} p. m. Plazenta spontan geboren.

Puerperium: Die ersten 3 Tage normale Temperatur und Pulsfrequenz.

3. I. 1901. T. 40,3 40,1; P. 96 120. Heute morgen Schüttelfrost. Pulm.: R H U deutliche Dämpfung, reichend bis zur Spina scap. und in die Axillarlinie. Auskultation: pueriles Atmen, leichtes Knisterrasseln, besonders rechts aussen entsprechend dem Mittellappen; Stimmfremitus abgeschwächt. Auf der linken Lunge keine Veränderungen. Ziemlicher Husten, Schmerzen in der Gegend des rechten Unterlappens.
4. I. T. 38,0 38,8; P. 124 118. Viel Husten; reichliches Sputum von rostfarbenem Aussehen; mikroskopisch: zahlreiche Pneumokokken.
Temperatur und Puls bleiben auf dieser Höhe. Lungen- und Sputumbefund derselbe.
7. I. T. 38,2 39,0; P. 116 120. Pulm.: R H U und L H U Bronchialatmen sowie im Bereich des rechten Mittellappens; reichlich Rhonchi sibilantes. Über beiden Lungenspitzen

verschärftes Vesikuläratmen. R H entsprechend der IV. bis VII. Rippe findet sich eine tympanitische Stelle, deren Ausdehnung sich in Seitenlage fast um die Hälfte verringert, jedenfalls eine Bronchiektasie; an derselben Stelle ist Pleurareiben hörbar.

Temperatur und Puls kehren zur Norm zurück. Husten lässt nach.

14. I. T. 36,8 37,2; P. 84 86. Pulm.: nur noch L H U geringe Dämpfung; Bronchialatmen ist auch nicht mehr so ausgesprochen. Diffuse Rasselgeräusche.

20. I. T. 36,5; P. 76. Entlassung: Keine Dämpfung mehr; überall Vesikuläratmen; über beiden Unterlappen einige Rhonchi sibilantes. Sputum: wenig, katarrhalisch.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall XIII.

Katharina Le., 18 Jahre, I. p.

Aufnahme: 8. XI. 1888, 3^{30} p. m.

Anamnese: Mit 10 Jahren Lungenentzündung. Wehen seit 18 Stunden.

Status praesens: Grosse, kräftige Person. T. 37,8; P. 84; R. 18.

Geburtsverlauf:

8. XI. 8^{30} p. m. Spontangeburt eines ausgetragenen, lebenden Knaben in I. Schdlge.

8^{35} p. m. Plazenta nach Credé entfernt wegen Blutung.

Puerperium: In den nächsten Tagen normale Temperatur und Pulsfrequenz.

13. XI. T. 39,2 40,1; P. 120 116; R. 36. Nachts Schüttelfrost. Pulm.: R H U ist der Perkussionsschall um ein Geringes kürzer als links, ebenso das Atmungsgeräusch schwächer als links. Cor.: nach links verbreitert; systolisches Geräusch über der Spitze. Puls mittelvoll, etwas weich und bigeminus; Nasenflügelatmen. Im linken Parametrium leichter Druckschmerz.

14. XI. T. 39,8 38,6; P. 112 108. Geringer Husten. Lungenbefund der nämliche.

15. XI. T. 39,4 39,5; P. 92 110; R. 30 24. Subjektives Befinden besser; Atmung ruhiger. Herpes lab. Herzgeräusch an Intensität abgenommen. Pulm.: R H U etwas gedämpfter Schall, das Atmungsgeräusch leiser als links. Sputum: rostfarben.

16. XI. T. 38,2 38,9; P. 108 88. Husten fast ganz nachgelassen; Herzgeräusch fast ganz verschwunden. Lungenschall überall sonor, Atmungsgeräusch vesikulär.

17. XI. T. 38,3 39,0; P. 98 112. Husten hat wieder eingesetzt. Herzgeräusch wieder hörbar. Sputum: rostfarben.

Temperatur und Pulsfrequenz sinken auf die Norm zurück in den nächsten Tagen (Lysis). Das systolische Geräusch schwindet wieder; Sputum wird katarrhalisch.

25. XI. T. 37,1; P. 88. Geheilt entlassen.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall XIV.

Maria Wu., 25 Jahre, II. p.

Aufnahme: 24. VIII. 1888, 9^{30} a. m.

Anamnese: Wehen beginnen soeben.

Status praesens: Kleine, schwächliche Person. T. 37,0.

Geburtsverlauf:

24. VIII. Anhaltende Wehen mehrere Tage lang.

31. VIII. T. 39,0.

1. IX. T. 39,6 38,6. Schwache Wehen. Muttermund handtellergross.

2. IX. T. 37,6. Muttermund vollständig erweitert, Kopf in Beckenenge. Keine kindlichen Herztöne zu hören.

9^{30} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen mazerierten Kindes in I. Schdlge (Ritgen).

10^{30} a. m. Plazenta nach Credé entfernt. Geringe Nachblutung.

Puerperium:

2. IX. Abends T. 37,8.

3. IX. T. 37,1 37,3. Uterus mässig kontrahiert.

Die Temperatur steigt in den nächsten Tagen an bis 41,0; 2mal Schüttelfrost; die genaue Untersuchung der Genitalien ergibt Einrisse in der Cervix; Lochien übelriechend.

7. IX. T. 40,0 41,0; P. 124. Abdomen stark aufgetrieben. Pulm.: L H U Dämpfung. Stechen an dieser Stelle.

8. IX. T. 37,4 39,3 38,2; P. 92. Pulm.: Dämpfung L H U geringer als gestern. Stechen hat aufgehört.

9. IX. T. 37,5 39,2 39,7; P. 112. Abdomen meteoristisch aufgetrieben.

10. IX. T. 39,0 40,0; P. 124. Lochien nicht mehr sehr fötid. Pat. klagt über lebhaftes Stechen auf der linken Thoraxseite.

11. IX. T. 38,2. Starker Schweissausbruch. Sputum: wenig, rostfarben. Pat. wurde auf eigenen Wunsch entlassen.

Fall XV.

Emma Ki., 27 Jahre, III. p.

Aufnahme: 28. II. 1902, 7^{h} p. m.

Anamnese: Als Kind Masern und Scharlach; später Gelenkrheumatismus und Pneumonie. Wehen seit einigen Stunden. Seit 25. II. soll Fieber bestehen.

Status praesens: Kräftige Frau; T. 38,4; P. 100; R. 28.

Geburtsverlauf:

28. II. 7^{30} p. m. T. 39,0; P. 100. Wehen nicht besonders kräftig.

1. III. 12^{10} a. m. T. 38,4; P. 96.

2^{10} a. m. T. 37,8; P. 100.

5^{15} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen, lebenden Knaben in I. Schdlge.

6^{h} a. m. Spontane Ausstossung der Plazenta. T. 38,6; P. 96.

Puerperium:

1. III. T. 38,9 39,1 38,7; P. 84 84 88. Kopfschmerzen. Temperatur bleibt auf dieser Höhe; Puls steigt noch über 100. Auf beiden Oberlappen hört man verschärftes Vesikuläratmen, Giemen und trockene Rasselgeräusche; Hustenreiz.

7. III. T. 39,2 39,8; P. 104 112. Rechte Spitze vorn und hinten verkürzter Schall und Bronchialatmen. Über der ganzen rechten Lunge trockene bronchitische Geräusche. Sputum wenig schleimig, mit etwas frischem Blut versetzt. Ziemlicher Hustenreiz.

In den nächsten Tagen verschwindet das Bronchialatmen wieder; bronchitische Geräusche. Öfters Frostanfälle. Temperatur und Puls bleiben hoch.

10. III. T. 38,6 40,0 38,8; P. 100 100 96. RHU leichte Dämpfung. Über beiden Lungen reichliche, pfeifende und giemende Rasselgeräusche. Pektoralfremitus erhalten. Atmung erschwert und frequent. Sputum: spärlich, zäh, schleimigeitrig; mikroskop.: Eiterkörperchen, ungeheure Mengen von Staphylokokken, Streptokokken und Diplokokken; keine Tuberkelbazillen.

11. III. T. 39,9 38,7; P. 116 112. RHO deutlich verkürzter Schall, Stimmfremitus verstärkt. Auskultation ergibt über der ganzen rechten Lunge verschärftes Vesikulär-atmen mit trockenen Rasselgeräuschen. Respiration beschleunigt und erschwert. Puls: mittelkräftig, regelmässig.

12. III. T. 38,1 39,8; P. 100 112. Lungenbefund der gleiche; auffallend ist eine Verstärkung des Pektoralfremitus RHO. Verlegung nach der Medizinischen Klinik.

Verhalten des Kindes: Soxhlet; Pemphigusblasen am ganzen Körper, deshalb Verlegung ins Kinderspital; sonst gesund.

Fall XVI.

Ursula Ba., 21 Jahre, Ip.

Aufnahme: 26. VII. 1884, 10^{45} a. m.

Anamnese: Als Kind Masern; Wehen seit 7 Stunden.

Status praesens: Sehr kräftige Person.

Geburtsverlauf:

26. VII. T. 36,8; P. 106; R. 24. Gute Wehen.

4^{17} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (38. Woche) lebenden Mädchens in I. Schdlge. Dammriss II.°

4^{30} p. m. Spontangeburt der Plazenta; verliert sehr viel Blut dabei. Pat. sieht verfallen und anämisch aus. Puls gut.

Puerperium:

27. VII. T. 37,3 37,5; P. 84 92. Uterus gut kontrahiert.

In den nächsten Tagen steigt die Temperatur bis 40,2, der Puls bis 136; Parametritis dextra und sin. bildet sich aus. Aus dem Uterus entleert sich auf Druck übelriechendes Sekret, mit Plazentarbestandteilen vermischt. Meteorismus, Erbrechen. Dammnaht geheilt.

3. VIII. T. 39,6 39,5; P. 124 116. Nachts Schüttelfrost. Stechen auf der rechten Thoraxseite. R H U abgeschwächtes Atmen. Linkes Parametrium äusserst resistent und druckempfindlich.

4. VIII. T. 40,6 38,7; P. 132 104; R. 38. Beide Unterlappen hinten gedämpft, daselbst Bronchialatmen und zahlreiche Rasselgeräusche. Cor.: Töne rein.

Temperatur und Puls bleiben hoch; mehrmals Anfälle von Dyspnoë; gesteigerter Meteorismus; Ascites. Kein Sputum; starker Hustenreiz.

8. VIII. T. 38,2 39,5; P. 102 112. Dämpfungsgrenzen beiderseits hinten in die Höhe gerückt, namentlich R H, wo das Exsudat den Angulus scapulae überschritten hat. Atmungsgeräusch in den unteren hinteren Lungenpartien abgeschwächt.

Am 9. und 10. VIII. der gleiche Lungenbefund.

11. VIII. T. 38,1 38,5; P. 104 122. L H U und in der hinteren Axillarlinie an der Grenze des Exsudates Bronchialatmen. Über den unteren Teilen beider Unterlappen aufgehobener Pektoralfremitus.

Zunahme des linksseitigen Exsudates; es geht vorn in die Herzdämpfung über; pleuritisches Reibegeräusch. Rechtsseitiges Exsudat nimmt wenig zu. Parametranes Infiltrat links steigt.

20. VIII. T. 37,8 38,2; P. 116 118. Pleuraexsudat beiderseits im Rückgang begriffen. Deutliches Pleurareiben. Die parametranen Exsudate nehmen auch ab.

27. VIII. T. 37,8 38,5; P. 100 100. Perkussion über beiden Unterlappen kurz, etwas Dämpfung; Atmungsgeräusch abgeschwächt.

Der Lungenprozess geht ganz langsam seiner Heilung entgegen. Dämpfung, bronchitische Geräusche, verschärftes Atmen und Pleurareiben halten an.

21. IX. T. 37,0; P. 84. Entlassungstag. RHU und LHU noch gut zweifingerbreite Dämpfung mit schwach vesikulärem Atmen. Im rechten Parametrium noch leichte Resistenzvermehrung und Druckempfindlichkeit. Im linken Parametrium eine ziemlich kleine, zirkumskripte, schmerzhafte Verdickung des Gewebes.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall XVII.

Franziska Nu., 24 Jahre, I. p.

Aufnahme: 9. V. 1887, 6^{30} p. m.

Anamnese: Als Kind Pneumonie, mit 19 Jahren Gelenkrheumatismus, Kardialgie vor einem Jahr. Wehen seit 54 Stunden.

Status praesens: Kräftig entwickelte Person. T. 37,7.

Geburtsverlauf:

9. V. Kräftige Wehen.

10. V. 2^{30} a. m. Blasensprung. Vorwasser: schmutzig, braungrün. Kindliche Herztöne 176.

7^{00} a. m. T. 37,4; P. 70; R. 26.

10^{45} a. m. Kindliche Herztöne sehr schwach und dauernd beschleunigt.

11^{15} a. m. In Chloroformnarkose Zange. Geburt eines im II.° asphyktischen, nicht ausgetragenen (36ste Woche) Knaben in I. Schdlge. Wiederbelebungsversuche ohne Erfolg.

11^{40} a. m. Plazenta spontan geboren. Einigemal Schüttelfrost.

Puerperium:

10. V. 3^{h} p. m. T. 39,0, abends 39,0; P. 84. Uterus gut kontrahiert. Exulzeration an der Innenfläche der kleinen Labien.

Temperatur steigt in den nächsten Tagen bis 41,0; ebenso der Puls bis 140.

16. V. T. 39,7 38,5 40,5; P. 136 118 134. Abends Schüttelfrost.

17. V. T. 40,4 39,2 40,3 38,6; P. 134 — 128 134. Sehr heftiger Hustenreiz; R H U eine handbreite Dämpfung; daselbst zahlreiche mittel- und grossblasige Rasselgeräusche neben Pleurareiben. Oberhalb der Dämpfung Bronchialatmen. Rechte Spitze gibt kürzeren Schall als linke. Puls: weich, nicht ganz regelmässig. Cor.: Töne rein. Milz etwas vergrössert. Beginnende Parametritis dextra.

18. V. T. 40,0 40,6 39,9; P. 138 134 132. Status idem.

19. V. T. 39,0 40,6; P. 134 142. R H U reicht die Dämpfung bis zur Spina scap.; daselbst fast bronchiales Atmen neben feuchten Rasselgeräuschen; ausgesprochene Ägophonie. R H O verschärftes Atmen. Sonst auf den Lungen verschärftes Vesikuläratmen.

20. V. T. 39,2 40,1 38,0; P. 136 140 118. Lungenbefund wie gestern. R H U Reibegeräusch. Leichte Parametritis.

21. V. T. 40,0 39,5 37,9; P. 138 132 118. Dämpfung R H U hat sich aufgehellt und tympanitischer Beiklang tritt auf. Dämpfung des rechten Oberlappens, daselbst Bronchialatmen. Pektoralfremitus auf der ganzen rechten Seite hinten verstärkt. Links überall Vesikuläratmen. Milzdämpfung dauernd gross.

22. V. T. 37,5 37,6; P. 108 108. Puls: voll und regelmässig. Dämpfung R H U fast verschwunden; feuchtes kleinblasiges Rasseln. R H O noch Bronchialatmen. Auf der ganzen rechten Seite hinten verstärkter Stimmfremitus, hauptsächlich R H O. Leichter Dekubitus.

23. V. T. 37,0 37,2; P. 102 98. Knisterrasseln R H.

Lösung des pneumonischen Prozesses; Temperatur zwischen 37,0 und 37,8; Pulsfrequenz zwischen 92 und 104.

28. V. T. 37,8 37,3; P. 104 82. Atmungsgeräusch noch etwas verschärft; einzelne Rasselgeräusche; Milz normal.

Entlassung.

Fall XVIII.

Johanna Me., 23 Jahre, II. p.

Aufnahme: 10. XI. 1884, 7^{h} a. m.

Anamnese: Husten in den letzten zwei Monaten. Wehen seit 14 Stunden.

Geburtsverlauf:

10. XI. 10^{25} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen lebenden Knaben in I. Schdlge; Nabelschnur 1 mal um den Hals geschlungen.

11^{00} a. m. Expression der Plazenta wegen Blutung.

Puerperium:

11. XI. T. 37,7 37,9; P. 88 100. Nachts ziemlich viel Blutabgang.

12. XI. T. 37,5 38,4; P. 102 104. Aus dem Uterus wurde ein etwa taubeneigrosses, zurückgebliebenes Plazentarstück exprimiert.

13. XI. T. 39,0 39,5; P. 104 120. Nachts ein 3 Stunden dauernder Schüttelfrost. Husten. Lungen ohne Befund. Cor.: über der Pulmonalis ein blasendes Geräusch (entsprechend dem ersten Ton?). Lochien etwas fötid.

14. XI. T. 39,8 39,5; P. 108 100. R H O rauhes Atmen mit einzelnen Rhonchi; Husten. Abdomen etwas aufgetrieben. Resistenz im linken Parametrium, Druckschmerzhaftigkeit.

15. XI. T. 40,3 39,6; P. 108 104. Auf der ganzen rechten Seite hinten rauhes Atmen und einzelne Rhonchi. Quälender Husten mit reichlichem Auswurf.

16. XI. T. 40,7 40,3; P. 108 100. Verschärftes Vesikuläratmen auf der ganzen rechten hinteren Thoraxseite. Im linken Parametrium Exsudat; Puls kräftig.

17. XI. T. 39,9 40,3; P. 104 100. Auf beiden Thoraxseiten hinten verschärftes Vesikuläratmen mit grossblasigem Rasseln.

18. XI. T. 40,5 39,5; P. 100 100. Status idem.

19. XI. T. 39,4 40,4; P. 104 112; R. 30. Über den abhängigen Lungenpartien gedämpft tympanitischer Perkussionsschall; an beiden Lungenwurzeln Bronchialatmen; über den ganzen Lungen bronchitische Geräusche.

20. XI. T. 39,5 39,5; P. 92 100. Fast der ganze linke Unterlappen pneumonisch infiltriert, lautes Bronchialatmen daselbst mit reichlichem Rasseln. Am rechten Unterlappen verkürzter Perkussionsschall mit leicht bronchialem Exspirium.

Die Infiltration des rechten Unterlappens nimmt in den nächsten Tagen zu. Die Dämpfung links schreitet auf die Vorderfläche des Thorax und geht in die Herzdämpfung über; ebenda Pleurareiben und leichtes Knistern. Die Respiration (36) wird angestrengt. Überm ganzen Herzen anämische Geräusche.

23. XI. T. 40,7 40,5; P. 120 104; R. 44. Anhaltend heftige Dyspnoë; Dämpfung L H U reicht bis zur Spina scap., vorn in die Herzdämpfung übergehend; lautes Bronchialatmen; V L U Knistern und Pleurareiben. Rechter Unterlappen wie früher. Puls: klein, weich, leicht unterdrückbar.

Temperatur und Puls bleiben hoch; Dämpfung auf der linken Seite geht zurück, Knisterrasseln und Reiben hörbar. Überm ganzen rechten Unterlappen hinten bronchiales Atmen hörbar. R H O beginnendes Bronchialatmen. Respiration zwischen 32 und 40, ziemlich angestrengt. Puls voll und kräftig, mitunter wieder weich. Sputum schleimig-eitrig. Dyspnoë vermehrt. Im Abdomen ist Flüssigkeit nachweisbar. Am 27. XI. Frostanfall.

1. XII. T. 37,6 39,7; P. 92 100; R. 48. Heftiger Husten; Exsudat am Thorax rechts und links bis handbreit unter die Skapula zurückgegangen; noch immer Bronchialatmen; R H O ebenfalls noch bronchiales Exspirium und grossblasige Rasselgeräusche. Das linke parametrane Exsudat noch palpabl. Sputum: schleimig-eitrig.

Das Exsudat im Thorax nimmt vorübergehend wieder zu, dann ab. Das Bronchialatmen schwindet teilweise mit der Zunahme des Exsudates, wird dann wieder deutlich und ist schliesslich nur noch exspiratorisch an der Lungenwurzel hörbar. Überall sonst verschärftes Atmen hörbar. Husten nimmt ab. Rechte Spitze gegen

die linke kürzer schallend. Puls kräftig und voll. Respiration immer sehr angestrengt. Das linke parametrane Exsudat reicht fast bis zum Nabel; linkerseits keine Zunahme.

6. XII. T. 38,9 39,7; P. 96 108. Auf dem ganzen linken Unterlappen wieder Bronchialatmen, ebenso RHO. Dämpfung LHU handbreit, RHU dreifingerbreit. Puls voll, etwas dikrot.

Die pleuritischen und parametranen Exsudate verhalten sich schwankend; bald Zunahme, bald Abnahme. Bronchialatmen schwindet allmählich, verschärftes Atmen, Rasseln und Reiben tritt an seine Stelle.

Am 18. XII. Frostanfall; Dyspnoë und Husten besser; Respiration gleich hoch. Sputum: reichlich, schaumig, schleimig-eitrig.

22. XII. T. 39,5 39,8; P. 104 102. Die Dämpfung LHU reicht wieder bis zum Ang. scap. und zieht sich auch auf die vordere Thoraxwand. Wieder bronchiales Atmen, Rasseln und Reiben. Pektoralfremitus abgeschwächt. RHO verschärftes Atmen; Schall kürzer.

Temperatur schwankt immer noch zwischen 37,0 und 40,0; Puls zwischen 80 und 112; Lungenbefund bleibt derselbe; RHO kommt Pleurareiben hinzu.

1. I. 85. T. 37,5 39,3; P. 80 92. Häufig diarrhöische Stühle, wie überhaupt in der letzten Zeit.

Die Temperatur und der Puls bleiben innerhalb dieser Grenze. Die Pneumonie geht ganz allmählich ihrer Heilung entgegen. Die Parametritis dextra und sinistra heilen auch aus. Ein paarmal kam noch Schüttelfrost.

Vom 19. I. ab ist Pat. fast fieberfrei; Husten besteht noch in geringem Masse fort.

26. I. T. 37,2; P. 68. Entlassung. Allgemeinbefinden gut. LHU noch Reste des Exsudats nachweisbar; abgeschwächtes Vesikuläratmen daselbst. Die übrigen Lungenteile ergeben normale Verhältnisse.

Abdomen weich; rechtes und linkes Parametrium noch ein wenig schmerzhaft.

Verhalten des Kindes: Anfänglich Wohlbefinden des Kindes; dann breitet sich Erysipel über den ganzen Körper aus. Am 24. XI. Exitus.

Fall XIX.

Antonie Br., 21 Jahre, I. p.

Aufnahme: 11. X. 1894, 7^h p. m.

Anamnese: Vor 2 Jahren Pleuritis; als Kind Masern; Wehen soeben begonnen.

Status praesens: Ziemlich kräftige Person.

Geburtsverlauf:

11. X. 11^{25} p. m. Spontangeburt eines nicht ausgetragenen (39. Woche), lebenden Mädchens in II. Schädellage.

12. X. 12^{15} a. m. Plazenta nach Credé.

Puerperium:

12. X. T. 37,3 37,0; P. 68 68. Uterus gut kontrahiert.

In den nächsten Tagen Temperaturschwankungen zwischen 36,5 und 40,3; Puls hielt sich zwischen 64 und 134. 1 mal Schüttelfrost; etwas Schmerzen an der rechten Brust; Kopfschmerzen. Es kann kein Grund gefunden werden für das Verhalten von Temperatur und Puls.

25. X. T. 37,7 39,8; P. 98 120. Grosse Mattigkeit.

26. X. T. 38,5; P. 116. Starke Schmerzen entsprechend dem rechten Unterlappen. Etwas Husten mit blutigem Auswurf.

27. X. T. 38,3 39,8; P. 114 122. Rechts hinten über der Skapula deutliches Bronchialatmen, tiefer unten unbestimmtes Atmen untermischt mit kleinblasigem Rasseln. Sputum blutig. Husten.

Temperatur steigt in den nächsten Tagen bis 40,5 und die Pulsfrequenz bis 140. Lungenbefund ändert sich nicht.

1. XI. T. 38,5 39,1; P. 116 108. Dämpfung H U R bis zur Crista scap. reichend; geringe Dämpfung H U L. Dämp-

fung rechts erstreckt sich seitlich bis zur mittleren Axillarlinie. Beiderseits Bronchialatmen und Rasselgeräusche. Sputum: schaumig, schleimig und hämorrhagisch.

In den nächsten Tagen keine Änderung im Lungenbefund; Temperatur und Puls bleiben hoch. Das Sputum wurde rostfarben.

8. XI. T. 37,1 38,1; P. 98 108. Die Intensität der Dämpfung hat bedeutend abgenommen, aber auch die Extensität. Dämpfung R H reicht von der Spina scapulae handbreit nach abwärts. Sehr wenige Rasselgeräusche über dieser Stelle; nirgends Bronchialatmen. Husten etwas abgenommen.

9. XI. T. 37,5 38,0; P. 104 108. Status idem.

10. XI. T. 37,5 38,3; P. 108 110. Husten stärker; Sputum: dünnflüssig, schleimig-eitrig.

11. XI. T. 36,7 38,7; P. 104 120. Status idem.

12. XI. T. 36,6 38,7; P. 112 120. Dämpfung über der ganzen rechten hinteren Thoraxhälfte. R O hört man Bronchialatmen.

13. XI. T. 36,8 38,6; P. 116 120. Status idem; Sputum: dünnflüssig, pflaumenbrühartig wie bei Lungenödem.

14. XI. T. 36,8 37,5; P. 100 116. Dämpfung R H nimmt an Intensität ab.

Temperatur und Puls halten sich innerhalb dieser Grenzen. Lungenprozess heilt aus. Husten und Auswurf wechseln an Stärke ab. Schmerzen in der rechten und linken Mamma.

23. XI. T. 36,5 38,8; P. 96 116. Heftige Schmerzen in der rechten und linken Mamma.

Am 1. Dezember musste rechts und links die Mamma inzidiert werden. Temperatur fiel ab; erst jetzt sank die Pulsfrequenz zur Norm zurück.

18. XII. Pat. konnte gesund entlassen werden.

Verhalten des Kindes: Gesund entlassen.

Fall XX.

Anna Le., 23 Jahre, II. p.

Aufnahme: 9. IV. 1905, 6^{30} a. m.

Anamnese: Wehen seit 7 ½ Stunden.

Status praesens: Mittelkräftige Frau.

Geburtsverlauf:

9. IV. 7^{55} a. m. Spontangeburt eines ausgetragenen, lebenden Mädchens in II. Schdlge.

8^{15} a. m. Plazenta nach Credé zur Übung.

Puerperium:

10. IV. Infiltration beider Parametrien; wiederholt Schüttelfröste; hohes Fieber.

Am 8. V. trat heftiger Hustenreiz auf. Lungenuntersuchung war negativ.

10. V. T. 38,3 37,4 38,4; P. 104 92 100. Lebhafter Hustenreiz. Pulm.: L H U Bronchialatmen, keine Dämpfung; rechts vesikuläres Atmen mit zahlreichen Rasselgeräuschen.

11. V. T. 38,3 36,4 38,0; P. 104 96 100. H L U Dämpfung bis zum Angulus scap., ausgedehntes Bronchialatmen. H R U Dämpfung bis zur Mitte der Skapula; verschärftes Vesikuläratmen mit zahlreichen Rasselgeräuschen untermischt.

Puls: kräftig und voll und regelmässig. Reichliches gelbes Sputum. Abends 10^{h} Frostanfall.

12. V. T. 38,1 37,1 38,6 37,7; P. 100 88 96 88. Dämpfung unverändert. Bronchialatmen und Rasselgeräusch jedoch mehr verschwommen, nicht so abgegrenzt. Fast kein Sputum.

13. V. T. 36,8 37,4; P. 72 88. Status idem; Wohlbefinden.

Temperatur und Puls bleiben normal; der Lungenprozess bildet sich zurück. Die Infiltration der Parametrien nimmt ab.

16. V. T. 36,4 36,9; P. 80 92. Dämpfung beider Unterlappen hat sich auf die untersten Partien beschränkt. An Stelle

des Bronchialatmens ist unbestimmtes Atmen getreten, teilweise verschärft vesikuläres. Rasselgeräusche selten. Kein Auswurf.

17. V. T. 37,1 37,3; P. 88 84. Stechende Schmerzen L H U; daselbst etwas pleuritisches Reiben hörbar.

20. V. Die Lungen ergeben normale Verhältnisse. Leib noch rechts etwas druckempfindlich.

2. VI. Entlassung: Lungen und Parametrien frei.

Verhalten des Kindes: Soxhlet; gesund entlassen.

Von diesen 20 Wöchnerinnen starben 6, also 30%. Es muss dahingestellt bleiben, ob die Pneumonie in allen Fällen die Ursache des Exitus war. Wenn man von der immerhin schon bestehenden schweren Erkrankung wie Eklampsie, Vitium cordis und Sepsis absieht, die allein vielleicht den Tod zur Folge gehabt hätten, würde die Mortalität im Puerperium um die Hälfte günstiger sein.

Bei den nicht tödlich verlaufenden Fällen ging die Heilung sehr langsam von statten; öfters kam es wieder zu Rückschlägen, ja zu noch schwererer Erkrankung (exquisit im Fall XVIII). Die Komplikation von Parametritis und Pneumonie ist keine seltene.

Aus diesen Fällen geht evident hervor, wie verschiedentlich die Virulenz des Giftes ist. In einem Falle genügt eine kleine pneumonische Infiltration, um unvermeidlich in ganz kurzer Zeit den Exitus herbeizuführen; ein andermal vermag selbst das Zusammentreffen von schwerer doppelseitiger Parametritis und Wanderpneumonie keinen dauernden Schaden anzurichten.

Fall I—VI verlief tödlich. Fall I und II verlangten Kunsthilfe. Temperatur und Puls waren bis zum 2. bezw. 7. Tag normal; dann setzte die Pneumonie ein und in wenigen Tagen erfolgte der Exitus. Fall III war kompliziert mit Eklampsie, einer ohnehin schon deletären Erkrankung; es handelt sich wohl hier um die asthenische Form der Pneumonie.

Hierbei soll erwähnt werden, dass die Einwirkung der Anästhetika bei geburtshilflichen Operationen wohl eine Rolle spielen kann bei der Entstehung einer Pneumonie. Es ist ja längst bekannt, dass zu den häufigsten Komplikationen nach

geburtshilflichen wie gynäkologischen Operationen die mannigfachen Erkrankungen der Lungen gehören; prädisponierende Momente sind Alter, überhaupt schwächliche Konstitution, Nieren- und Herzkrankheiten u. a. m. ohnehin schon. Ob eine direkte Einwirkung des Betäubungsmittels auf die Lungen vorliegt, ist noch strittig; man neigt eher der Ansicht zu, dass es sich dabei um sogenannte Aspirationspneumonien handle oder dass eine embolische Genese zugrunde liege.

Im Falle IV traf ein unkompensiertes Vitium mit Lungenentzündung zusammen; eine Genesung trat auch hier nicht ein. Fall V führte zu Sepsis, eine hinzutretende Pneumonie am 9. Tage endete auch dieses Leben. Fall VI ist insofern beachtenswert, als die pneumonische Infiltration am 11. Tag begann, scheinbar ausheilte und erst am 27. Tag wieder auftrat und dann tödlich endete. Parametritis kam inmitten der Erkrankung hinzu.

Bei Fall VII—XVIII setzten die Pneumonien teils unmittelbar nach der Geburt ein, teils beginnen sie erst einige Tage später.

Fall XIX und XX sind wohl deutlich hypostatische Pneumonien. Die Widerstandsfähigkeit der Gewebszellen ist auch noch durch die ungenügende Versorgung mit leistungsfähigem Blute infolge Nachlassens der Kräfte (Herzschwäche) herabgesetzt.

Im Fall XIX begann die Pneumonie erst am 14. Tage; es gingen allerdings hohe Temperaturen voraus, die einer Erklärung hierfür mangelten. Später kam es zu doppelseitiger Mastitis purulenta, die wahrscheinlich im Anfange des Puerperiums begonnen hat.

Dem Fall XX lag eine Parametritis duplex zugrunde; am 31. Tage erst begann die Pneumonie.

Zum Schlusse noch ein Wort über die **Therapie.**

Exspektatives Verfahren muss, solange die Geburt nicht im Gange ist, oberster Grundsatz sein; Exzitantien und Expektorantien sind zur Hebung der Atmungsbeschwerden und Beseitigung der Herzsymptome am Platze; die eventuell bestehenden Schmerzen sind symptomatisch zu behandeln. Einleitung der Frühgeburt im Interesse der Mutter ist absolut verwerflich, denn sie bringt keine Besserung; diesbezügliche Erfahrungen lehren dies.

Man muss also bestrebt sein, den Eintritt der Geburt möglichst hintanzuhalten.

Tritt die Geburt ein, so muss man durch Beschleunigung nach allgemein gültigen geburtshilflichen Grundsätzen die Zeit der Gefahr für die Mutter wie auch für das Kind nach Möglichkeit abkürzen; denn die Geburtsarbeit stellt die höchsten Anforderungen an Herz und Lungen.

Im Interesse des Kindes die Schwangerschaft zu unterbrechen, ist auch nicht zu rechtfertigen, denn erstens wird das Kind sowieso geschädigt sein und es fraglich erscheinen, ob ein extrauterines Weiterleben möglich wäre, und zweitens, was die Hauptsache ist, selbst im verzweifeltsten Falle kann die Krankheit einen günstigen Ausgang noch nehmen.

Das Leben der Mutter ist stets höher einzuschätzen als das des Kindes. Das ärztliche Streben muss darauf gerichtet sein, die Gefahren, die Mutter und Kind drohen, soweit wie möglich einzuschränken und durch gewissenhafte Beobachtung die eventuell operativen Massnahmen der Verlaufseigentümlichkeit der verschiedenen Krankheitsbilder anzupassen.

Ergebnis.

Auf zirka 35 000 Geburten entfallen 44 Pneumoniefälle (= 0,13 %).

A. Pneumonie während der Schwangerschaft.

Ausgetragene Kinder	44,4 %
Nicht ausgetragene Kinder	55,6 »
Mortalität der Kinder	22,2 »
Mortalität der Mütter	0,0 »

B. Pneumonie in der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett.

Ausgetragene Kinder	33,3 %
Nicht ausgetragene Kinder	66,7 »
Mortalität der Kinder	46,7 »
Mortalität der Mütter	20,0 »

Sämtliche Pneumoniefälle (A + B) in der Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett zusammen.

Ausgetragene Kinder	37,5 %
Nicht ausgetragene Kinder	62,5 »
Mortalität der Kinder	37,5 »
Mortalität der Mütter	12,5 »

C. Pneumonie im Puerperium.

Mortalität der Mütter . . . . . 30,0 %
vielleicht nur 15 %, wenn man von den Fällen mit Eklampsie, Vitium cordis und Sepsis absieht.

Literatur.

Ahlfeld, Lehrbuch der Geburtshilfe II.

Ahlfeld, Berichte und Arbeiten aus der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik zu Marburg 1883—1884.

Bibliothek der Medizinischen Wissenschaften II. Geburtshilfe und Gynäkologie, 1875.

Bruchhäuser, Über Pneumonie im Puerperium. Inaug.-Dissertation 1894.

Bumm, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe.

Chenevière, Grossesse, Pneumonie et Maladies du coeur. Inaug.-Diss. 1874.

Dryges, Über Pneumonie im Puerperium. Inaug.-Diss. 1900.

Eichhorst, Spezielle Pathologie und Therapie I.

Eisenberg, Über die Entstehung von Pneumonien nach Operationen, insbesondere nach Laparotomien. Inaug.-Diss. 1906.

Enzyklopädie der Geburtshilfe und Gynäkologie II.

Fasbender, Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie, 1874.

Fehling, Physiologie und Pathologie des Wochenbettes, 1897.

Fellner, Die Beziehungen innerer Krankheiten zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, 1903.

Fischl, Die Komplikation des Puerperiums mit akuter Pleuritis. Prager Vierteljahrsschr. 1875.

Fritsch, Die Krankheiten der Frauen, 1905.

Fritsch, Bemerkungen zur Pathologie und Physiologie des Zirkulationsapparates bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Archiv für Gynäkologie 1875.

Frommel's Jahresberichte über Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie.

Georgii, Die Wechselbeziehungen der croupösen Pneumonie zu den Generationsvorgängen. Inaug.-Diss. 1893.

Gusserow, Pneumonie bei Schwangern. Monatsschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten, Bd. 32, 1868.

Hahn, Über das Wesen und die Ursache der im Anschluss an die Narkose auftretenden Lungenentzündungen. Inaug.-Diss. 1899.

Jürgensen, Croupöse Pneumonie, 1883.

Kormann, Lehrbuch der Geburtshilfe, 1884.

v. Lichtenberg, Über das Verhalten der Lungen und des Herzens nach abdominellen Eingriffen. Münchner Mediz. Wochenschr. 1909, Nr. 9.

Löhlein, Über das Verhalten des Herzens bei Schwangern und Wöchnerinnen. Zeitschrift für Geb. und Frauenkrankheiten 1875 76.

v. Mering, Lehrbuch der inneren Medizin, 1907.

Müller, P., Handbuch der Geburtshilfe II, 1 u. 2, 1889.

Nothnagel, Lungenentzündung.

Runge, Die akuten Infektionskrankheiten in ätiologischer Beziehung zur Schwangerschaftsunterbrechung. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge, 1875.

Runge, Untersuchung über den Einfluss der gesteigerten mütterlichen Temperatur in der Schwangerschaft auf das Leben der Frucht. Archiv für Gynäkologie 1877.

Schauta, Lehrbuch der Geburtshilfe.

Schauta, Die Einleitung der Geburt wegen innerer Erkrankungen. Wiener Med. Wochenschr. 1903, Nr. 1—5.

Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe, 1885.

Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshilfe.

Wernich, Über den Verlauf schwerer Lungenkrankheiten während der Schwangerschaft. Beiträge zur Geburtshilfe und Gynäkologie II, 1873.

v. Winkel, Handbuch der Geburtshilfe.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. DÖDERLEIN für die Stellung des Themas und für die Übernahme des Referates, sowie Herrn Oberarzt Dr. SEITZ für seinen freundlichen Rat bei Abfassung dieser Arbeit herzlichst zu danken.

Lebenslauf.

Albert Georg Schmitt wurde am 23. August 1885 zu Ettlingen, Baden, geboren. Er besuchte das Grossh. Gymnasium zu Karlsruhe und erlangte daselbst das Reifezeugnis.

Nach fünf Semestern seines medizinischen Studiums bestand er zu Freiburg i. B. das Tentamen physicum, nach weiteren fünf Semestern in München das medizinische Staatsexamen.

Die einzelnen Semester verteilten sich auf folgende Universitäten:

Freiburg i. B. W.-S. 1904/05,
Kiel S.-S. 1905,
Freiburg i. B. W.-S. 1905/06—1906/07,
München S.-S. 1907,
Strassburg i. E. W.-S. 1907/08 und S.-S. 1908.
München W.-S. 1908/09 und S.-S. 1909.

Allen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser seinen ehrerbietigsten Dank aus.